LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

RESPONSABLE: FAUSTINO CAVAS MARTÍNEZ

Investigación financiada mediante subvención recibida de acuerdo con lo previsto en la Orden TAS/940/2007, de 28 de marzo (subvenciones para el Fomento de la Investigación de la Protección Social –FIPROS-)

La Seguridad Social no se identifica con el contenido y/o conclusiones de esta investigación, cuya total responsabilidad corresponde a sus autores.

LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Investigación financiada al amparo de lo previsto en la Orden TAS/940/2007, de 28 de marzo (Subvenciones para el Fomento de la Investigación Social FIPROS)

Faustino Cavas Martínez
(Director)

Mª Belén Fernández Collados
Francisca Ferrando García
Belén García Romero
Francisco A. González Díaz
María del Carmen López Aniorte
Guillermo Rodríguez Iniesta
Carmen Sánchez Trigueros
Alejandra Selma Penalva

SUMARIO

Abreviaturas

Presentación

CAPÍTULO I.- LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES ANTE EL SISTEMA ESPAÑOL DE SEGURIDAD SOCIAL: UNA VISIÓN PANORÁMICA.

Faustino Cavas Martínez. Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.

I.- INTRODUCCIÓN: RELEVANCIA DE LA CARACTERIZACIÓN DE UNA CONTINGENCIA COMO COMÚN O PROFESIONAL EN NUESTRO DERECHO DE SEGURIDAD SOCIAL.

II.- CONCEPTO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL SISTEMA ESPAÑOL DE SEGURIDAD SOCIAL:

1. Nacimiento y evolución del concepto de enfermedad profesional. Normativa aplicable.
2. Definición legal y notas caracterizadoras de la enfermedad profesional.
3. Delimitación de la enfermedad profesional frente a otras contingencias; en particular, frente a las enfermedades del trabajo.
4. Modelos o sistemas para la configuración del concepto de enfermedad profesional. Ventajas e inconvenientes del sistema de lista.
5. El concepto de enfermedad profesional en las normas internacionales:
    5.1. La Organización Internacional del Trabajo.
    5.2. La Unión Europea.
6. Aproximación al cuadro de enfermedades profesionales aprobado por el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre:
    6.1. Antecedentes.
    6.2. Principales aportaciones de nuevo cuadro de enfermedades profesionales.
    6.3.Contenido del nuevo cuadro de enfermedades profesionales.
    6.4. Actualización de la lista de enfermedades profesionales.
    6.5. Valoración.

III.- CALIFICACIÓN Y NOTIFICACIÓN.
1. Calificación.
2. Comunicación de la enfermedad profesional.

IV.- PARTICULARIDADES DE LA PROTECCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES: ENTRE LA PREVENCIÓN Y LA REPARACIÓN.

1. Efectos compartidos con el accidente de trabajo.
2. Período de observación.
3. Reconocimientos médicos.
4. Traslado o cambio de puesto de trabajo.

5. Prestaciones por incapacidad, muerte y supervivencia:
    5.1. Inicio de las prestaciones de incapacidad.
    5.2. Presunción en las prestaciones por muerte y supervivencia.

CAPÍTULO II. EVOLUCIÓN Y CONCRECIÓN LEGAL DE LA NOCIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

Guillermo Rodríguez Iniesta. Profesor Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.

I.- ANTECEDENTES: ETAPAS EN LA PROTECCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES.

1. Primera Etapa: Aplicación extensiva de la legislación de accidentes de trabajo.
2. Los intentos de una legislación específica.
3. Las primeras manifestaciones de una legislación específica.
    3.1 La Orden de 7 de marzo de 1941.
    3.2 El Decreto de 3 de septiembre de 1941.
4. La implantación progresiva de un Seguro de Enfermedades Profesionales.
    4.1 El Decreto de 10 de enero de 1947.
    4.2 El Decreto 792/1961, de 13 abril.
5. El Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo.

II.- DESARROLLO DEL ARTÍCULO 116 DEL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL:

1. El denostado “Cuadro de Enfermedades Profesionales de 1978”. Razones para una nueva Lista.
2 Las actividades previas que condujeron a la elaboración de la nueva lista de enfermedades profesionales.
3. El Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, que aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social y establece criterios para su notificación y registro:
    3.1 Las principales novedades del RD. 1299/2006:
    A) Lista ¿cerrada? ¿mixta? ¿abierta?.
    B) Las enfermedades “sospechosas”.
    C) La estructura de la nueva lista de Enfermedades Profesionales.
    D) Otras novedades del RD. 1299/2006:
        a) La calificación de las Enfermedades Profesionales.
        b) La elaboración y tramitación de los partes de Enfermedad Profesional.
        c) Comunicación de enfermedades que podrían ser calificadas como Enfermedades Profesionales.
        d) Documentación, registro y análisis de las Enfermedades Profesionales.
        e) Elaboración de Guías de Síntomas y Patologías.
        f) Derogación de las listas de Enfermedades Profesionales anteriores.
    3.2 El contenido de la lista de Enfermedades Profesionales. Aspectos más novedosos:

A) Anexo I.
B) Anexo II.
4. Algunas consideraciones sobre la "Lista Europea" de 2003 y la "Lista Española" de 2006.

III.- ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA PRODUCTIVO COMO DESENCADENANTE DE NUEVAS PATOLOGÍAS: LOS RIESGOS PSICOSOCIALES

1. Breves consideraciones.
2. Su protección actual como accidentes de trabajo.
2.1 El estrés laboral.
2.2 El acoso psicológico de carácter laboral.

IV.- VALORACIÓN GLOBAL.

CAPÍTULO III. LA FLEXIBILIZACIÓN JURISPRUDENCIAL DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD LABORAL COMO RESPUESTA AL SISTEMA DE LISTA CERRADA

María Belén Fernández Collados. Profesora Contratada Doctora de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social

I. LA FLEXIBILIZACIÓN JURISPRUDENCIAL COMO ALTERNATIVA A LA RIGIDEZ DEL SISTEMA DE LISTA CERRADA.

II.- LA FLEXIBILIZACIÓN JURISPRUDENCIAL EN LA APRECIACIÓN DEL NEXO CAUSAL EN LA RELACIÓN ENFERMEDAD-PROFESIÓN-AGENTE DESENCADENANTE.

III.- LA INTERPRETACIÓN EXTENSIVA DE LA LITERALIDAD DE LA LEY:

1. La vis atractiva del concepto de "accidente de trabajo". El reconocimiento jurisprudencial de la "enfermedad de trabajo": interpretación extensiva del art. 115.2.e) LGSS con finalidad tuitiva.

2 Enfermedades o defectos agravados por el accidente. Aplicación práctica del art. 115.2.f) LGSS.

3. La enfermedad profesional ante situaciones interrecurrentes [art. 115.2.g) LGSS].

4. Consecuencias prácticas de la interpretación extensiva del concepto de accidente de trabajo.

IV.- EL ANEXO 2 DEL RD 1299/2006: ¿OTRA VÍA PARA LA FLEXIBILIZACIÓN JURISPRUDENCIAL DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL?.

V.- CONCLUSIONES.

CAPÍTULO IV. ENFERMEDADES PROFESIONALES ATÍPICAS Y CLAVES PARA EL ENCUADRAMIENTO DE LOS DAÑOS DERIVADOS DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL: ESTADO DE LA CUESTIÓN

Carmen Sánchez Trigueros. Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social

I.- PROTAGONISMO DE LOS LLAMADOS RIESGOS EMERGENTES DE CARÁCTER PSICOSOCIAL.

II.- EL SILENCIO DEL NUEVO CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES RESPECTO DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES.

III.- LAS ENFERMEDADES DE TRABAJO ATÍPICAS Y LOS RIESGOS PSICOSOCIALES.

IV.- CONCLUSIONES.

CAPÍTULO V. CRITERIOS ORIENTATIVOS PARA LA DETERMINACIÓN DEL ORIGEN PROFESIONAL DE LA ENFERMEDAD Y DE LA GRAVEDAD DE LA CONTINGENCIA

Francisca Ferrando García. Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social

I. APORTACIÓN AL PROCESO DE LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA LA DETERMINACIÓN DEL ORIGEN Y GRAVEDAD DE LAS PATOLOGÍAS PROFESIONALES:

1. Algunas consideraciones sobre la prueba pericial médica y su valoración.

2. El objeto de la prueba pericial médica.

2.1. Diagnóstico de la enfermedad.

2.2. Valoración de la repercusión de la dolencia en la capacidad laboral.

3. Criterios médicos para la determinación del origen de la enfermedad y la gravedad de sus secuelas.

3.1. La futura “Guía de síntomas y patologías relacionados con el agente causante de la enfermedad profesional”.

3.2. Valoración de la gravedad. Brevemente, sobre el sistema de baremos.

II. CRITERIOS JURÍDICOS ORIENTATIVOS PARA LA DETERMINACIÓN DEL ORIGEN PROFESIONAL DE LA ENFERMEDAD Y DE SU GRAVEDAD.

1. Calificación de la contingencia: La prueba del origen profesional.

1.1. Presunción de la relación de causalidad.

1.2. Interpretación flexible del cuadro de enfermedades profesionales por parte de la doctrina judicial.

1.3. La lista de sospecha: ¿Presunción *iuris tantum* o indicio del carácter profesional o del origen laboral de la enfermedad?.

2. Valoración de la enfermedad profesional como situación desencadenante de una prestación de IP: determinación de la gravedad y de sus efectos invalidantes.

2.1. La normativa vigente: ausencia de desarrollo reglamentario actualizado y derecho transitorio.

2.2. Principios generales de origen judicial.

2.2.1. Valoración individualizada de la incapacidad.

2.2.2. Delimitación de la profesión habitual utilizada como parámetro para la calificación de la IP derivada de enfermedad profesional.

2.2.3. Valoración conjunta de las secuelas.

2.3. Análisis de la casuística: valoración de la IP causada por las enfermedades profesionales más frecuentes.

2.3.1. Enfermedades profesionales producidas por agentes físicos.

2.3.2. Enfermedades profesionales de la piel.

2.3.3. Afecciones broncopulmonares. Normativa específica sobre determinación del grado de la IP en materia de silicosis.

2.3.4. Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

2.3.5. Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

III.- CONCLUSIONES.

CAPÍTULO VI. TUTELA PREVENTIVA Y REPARADORA DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES.

Francisco A. González Díaz. Profesor Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.

I.- LA OBLIGACIÓN LEGAL DE OFRECER MEDIDAS PREVENTIVAS: UNA VISIÓN NORMATIVA.

1 El derecho del trabajador a la salud como compromiso constitucional de los poderes públicos.
1.1 Antecedentes normativos.
1.2 Interés tutelado en el artículo 40 CE.
1.3 La protección de la salud en el artículo 43 CE.
2 Fuentes normativas de la obligación de seguridad y salud en el trabajo.
2.1 Texto refundido del Estatuto de los Trabajadores.
2.1.1 Artículos 4 y 5 TRET.
2.1.2 Artículo 19 TRET.
2.2 Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

II.- LA OBLIGACIÓN LEGAL DE OFRECER MEDIDAS PREVENTIVAS: UNA VISIÓN JUDICIAL.
1 Consideraciones generales.
2 Delimitación de la obligación de seguridad y salud en el trabajo: Referencia a la doctrina judicial.
2.1 Base legal de la obligación de seguridad.
2.2 El empresario como principal sujeto en el cumplimiento de la deuda de seguridad.
2.3 La deuda de seguridad.
2.3.1 Alcance.
2.3.2 El deber de vigilancia y elección como concreciones de la deuda de seguridad y salud en el trabajo.
A) El deber de vigilancia.
B) Límites del deber de vigilancia.
C) El deber de elección.
2.3.3 Influencia de la imprudencia del trabajador en la deuda de seguridad empresarial.
2.4 Formación.
2.5 Información.
2.6 Medios de protección.

III.- EL SISTEMA DE "*BONUS-MALUS*" EN LA COTIZACIÓN COMO MECANISMO INCENTIVADOR DE LA PREVENCIÓN.

1. Referencia normativa.
2. El marco de la Seguridad Social.
3. Procedimiento: sistema de indicadores.

IV.- MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECÍFICAS DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL
1. La obligación legal de recolocación profesional (art. 133 LGSS).
2. La imposibilidad de realizar el cambio de puesto de trabajo.
3. La incapacidad temporal impropia: los períodos de observación.
4. Los reconocimientos médicos obligatorios en materia de enfermedad profesional: previos y periódicos.

V.- EL RECARGO DE PRESTACIONES POR INFRACCIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO. INTERACCIÓN CON OTRAS RESPONSABILIDADES DEL EMPRESARIO.

1. Consideraciones previas.
2. Definición y requisitos.
3. Interpretación judicial del recargo de prestaciones.
4.Compatibilidad del recargo con otras las distintas responsabilidades.
4.1 Consideraciones previas.
4.2 Compatibilidad entre responsabilidad penal y recargo de prestaciones.
4.3 Compatibilidad entre recargo de prestaciones e indemnización por daños y perjuicios.
4.3.1 Competencia del orden social.
4.3.2 Respeto al principio *non bis in idem.*
4.3.3 Tesis contrarias: la compensación.
4.4 Criterios relativos a la fijación de cantidad impuesta en el recargo.
4.5 El recargo y la enfermedad profesional en la reciente doctrina judicial.

VI.- CONCLUSIONES.

CAPÍTULO VII. LA GESTIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES: OBLIGACIONES DE MUTUAS Y EMPRESAS

Belén García Romero. Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.

I.- PECULIARIDADES EN LA GESTIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

1. La gestión de la enfermedad profesional: aspectos generales.
2. Normas aplicables a las enfermedades profesionales.
   2.1. Reconocimientos médicos.
   2.2. Periodo de observación por enfermedad profesional
   2.3. Traslado de puesto de trabajo
   2.4. Baja en la empresa
3. El nuevo cuadro de Enfermedades profesionales.
4. El nuevo sistema de notificación de los partes de enfermedad profesional
5. Determinación del carácter profesional de la enfermedad.

II.- EL ASEGURAMIENTO DE LOS RIESGOS PROFESIONALES EN UNA MATEP.

1. La gestión integral de los riesgos profesionales por la MATEP: el ámbito preventivo y reparador.
2. Referencia a las actividades preventivas.
3. Las actuaciones de las MATEP en el ámbito reparador.
   3.1. Competencias y prestaciones que dispensan.
   3.2. El aseguramiento de las enfermedades profesionales. Evolución normativa

3.3. La capitalización de las pensiones derivadas de enfermedad profesional.
3.3.1. Regulación.
3.3.2. Cálculo del capital coste
3.3.3. Ámbito material de la capitalización.
3.3.4. Determinación de la MATEP responsable de la constitución del capital coste.
A) Prestaciones de incapacidad permanente.
B) Prestaciones de muerte y supervivencia
C) Situaciones de pluriempleo y pluriactividad.
3.3.5. La inclusión del reaseguro obligatorio en la protección de las enfermedades profesionales.
4. Régimen financiero de la colaboración en la gestión de las contingencias profesionales por las Mutuas.

III.- LA COLABORACIÓN DE LAS EMPRESAS EN LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

1. La colaboración obligatoria: el pago delegado de prestaciones.
2. La colaboración voluntaria en riesgos profesionales
2.1. Ámbito de la colaboración
2.2. Condiciones de las empresas.
2.3. Reconocimiento y control de las situaciones protegidas.
2.4. Régimen financiero

IV. CONCLUSIONES

CAPÍTULO VIII.- LA ENFERMEDAD PROFESIONAL DEL TRABAJADOR AUTÓNOMO: HACIA LA COMPLETA EQUIPARACIÓN CON EL RÉGIMEN GENERAL

Mª Carmen López Aniorte. Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.

I.- INTRODUCCIÓN: LA INICIAL DESPROTECCIÓN DEL AUTÓNOMO EN MATERIA DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES.

II.- EL ACERCAMIENTO PROGRESIVO DEL RETA AL RGSS EN LA COBERTURA DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES.

III.- LA ACCIÓN PROTECTORA DEL RETA POR RIESGOS PROFESIONALES: PECULIARIDADES.

1. El accidente de trabajo del trabajador autónomo: un doble concepto.
1.1. Elementos del concepto de accidente de trabajo aplicable al trabajador autónomo común.
1.1.1. Trabajo por cuenta propia.
1.1.2. Lesión corporal.
1.1.3. Relación de causalidad directa e inmediata entre lesión y trabajo.
1.2. El concepto de accidente de trabajo aplicable al TRADE.
2. Requisitos del concepto de enfermedad profesional aplicable al autónomo.

2.1. Lesión o enfermedad.
2.2. Trabajo por cuenta propia.
2.3. Relación de causalidad entre lesión o enfermedad y trabajo.
3. Régimen jurídico de la opción por la cobertura de las contingencias profesionales en el RETA, tras la entrada en vigor del RD 1382/2008, de 1 de agosto.
3.1. Normas generales.
3.2. Normas aplicables a los trabajadores incluidos en el Sistema Especial para Trabajadores por Cuenta Propia Agrarios.
4. La cotización adicional por contingencias profesionales.
5. Alcance de la acción protectora

IV.- LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL DEL TRABAJADOR AUTÓNOMO.

V. CONCLUSIONES

CAPÍTULO IX.- LA PROTECCIÓN COMPLEMENTARIAS DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA.

I.- CONSIDERACIONES INICIALES.

II.- DESTINATARIOS DE LAS MEJORAS VOLUNTARIAS DE LAS PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL ANTE SITUACIONES DE ENFERMEDAD PROFESIONAL.

III.- LA OBLIGACIÓN DE EXTERNALIZACIÓN.

IV.- LA VOLUNTARIEDAD DE LAS MEDIDAS DE ACCIÓN SOCIAL.

V.-DISTINTOS OBJETIVOS DE LAS PRESTACIONES SOCIALES COMPLEMENTARIAS: LA JUBILACIÓN Y LA CONCILIACIÓN COMO FINES PRINCIPALES; SUBSIDIARIEDAD DE LA PROTECCIÓN DE LOS RIESGOS PROFESIONALES.

VI. EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA: CLASIFICACIÓN,
1. Situación contemplada.
2. Naturaleza de las contingencias.
3. Forma de cobertura.
4. Forma de financiación.
5. Prestación económica o servicios.
6. Sujetos protegidos.

VII. REGLAS DE INTERPRETACIÓN DE LOS PACTOS CONVENCIONALES: AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD Y SITUACIONES CONTROVERTIDAS.

VIII. OTRAS MEDIDAS DE COMPLEMENTO A LAS MEJORAS SOCIALES DE NATURALEZA NO ECONÓMICA:

1. Elección del periodo vacacional.
2. Compromiso de adaptación del puesto de trabajo
3. Permisos retribuidos.

IX. CONCLUSIONES

ANEXOS NORMATIVOS

ANEXO BIBLIOGRÁFICO

ABREVIATURAS

AL	Actualidad Laboral
Art.	Artículo
AS	Aranzadi Social.
BOE	Boletín Oficial del Estado
CCAA	Comunidades Autónomas.
CE	Constitución Española
CES	Consejo Económico y Social
D.	Decreto
Disp. Adic.	Disposición Adicional.
DL	Documentación Laboral
ET	Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo.
f.j.	Fundamento Jurídico
ILT:	Incapacidad Laboral Transitoria
INEM	Instituto Nacional de Empleo.
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
IPREM	Indicado Público de Rentas de Efectos Múltiples
IT	Incapacidad Temporal
LETA	Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del Trabajo Autónomo
LGSS	Ley General de Seguridad Social (Texto Refundido aprobado por RDLvo 1/1994, de 20 de junio).
LISMI	Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social del minusválido.
LISOS	Texto Refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social aprobado por RD Legislativo 5/2000, de 4 de agosto.
LO	Ley Orgánica.

LOIT	Ley 42/1997, de 14 de noviembre, Ordenación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.
LPGE-2005	Ley 2/2004, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2005 (BOE, núm. 312, de 28 diciembre).
LPGE-2006	Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006 (BOE, núm. 312, de 30 diciembre).
LPRL	Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE, núm. 269, de 10 de noviembre).
LRJA-PAC	Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común
MATEP	Mutua de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
MTAS	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Núm.	Número
O.	Orden
OM	Orden Ministerial
Pág.	página
PEE	Pacto por la Estabilidad en el Empleo.
PYME	Pequeña y Mediana Empresa.
RD	Real Decreto
RD Ley	Real Decreto Ley
RD:	Real Decreto .
RDLvo.:	Real Decreto Legislativo.
REA	Régimen Especial Agrario.
Res.	Resolución
RETA	Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos
RETM	Régimen Especial de Trabajadores del Mar
RGC.	RD 2064/1995, de 22 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General sobre cotización y liquidación de otros derechos de la seguridad Social
RGSS	Régimen General de la Seguridad Social.

RL	Relaciones Laborales (La Ley).
RJ	Repertorio de Jurisprudencia Aranzadi.
RMATEP	RD 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglemento sobre colaboración de las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social
RPSOS	RD 928/1998, de 14 de mayo. Reglamento general sobre procedimiento para la imposición de sanciones por infracciones de orden social y para los expedientes liquidatorios de cuotas de la Seguridad Social.
RSP	Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
RTSS	Revista de Trabajo y Seguridad Social.
S.	Sentencia.
SEF	Servicio Regional de Empleo y Formación.
Sigs.	Siguientes.
SMI	Salario Mínimo Interprofesional
SPEE	Servicio Público de Empleo Estatal.
SPP	Servicio de Prevención Propio.
SPRL	Sistema de Prevención de Riesgos Laborales.
TC	Tribunal Constitucional
TGSS	Tesorería General de la Seguridad Social
TRADE	Trabajadores Autónomos Económicamente Dependientes
TRET	Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (RDLvo 1/2995, de 24 de marzo).
TRLISOS	Texto Refundido de la Ley de Infracciones y Sanciones del Orden Social (RDLvo. 5/2000, de 4 de agosto).
TS	Tribunal Supremo
TSJ	Tribunal Superior de Justicia.
UE	Unión Europea.
Vid.	Véase.

PRESENTACIÓN

El trabajo que aquí se prologa es el resultado de una investigación realizada bajo el patrocinio de la Secretaría de Estado para la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo e Inmigración, que concedió a tal fin una subvención en el marco de la convocatoria efectuada por Orden TAS/940/2007, de 28 de marzo. Se recogen en el mismo las conclusiones obtenidas en el estudio llevado a cabo por el equipo investigador que me cupo el honor de presidir, sobre el tema de las enfermedades profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social. Debe quedar, pues, claro desde el principio el enfoque eminentemente jurídico de la investigación realizada, aun reconociendo que la misma podría complementarse con valiosísimas aproximaciones al fenómeno de las enfermedades profesionales efectuadas desde otros ámbitos científicos.

La pertinencia de una investigación con este objeto y características se justifica por la novedad que en su día representó para nuestro sistema de protección social la aprobación de una nueva lista de enfermedades profesionales por Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, cuya valoración positiva no impide que su aplicación administrativa y judicial haya puesto al descubierto diversas lagunas y dudas interpretativas que, prescindiendo de cualquier limitación o prejuicio intelectual, son objeto de análisis y valoración en este trabajo, formulando cuando ha sido preciso propuestas concretas a los problemas no resueltos y/o que permitan mejorar las soluciones normativas adoptadas hasta el momento, cuando éstas no se consideran por completo adecuadas.

El trabajo, que consta de nueve capítulos, más un anexo normativo y otro bibliográfico, se abre con una aproximación panorámica al régimen jurídico de las enfermedades profesionales, cuya factura ha asumido quien suscribe estas breves líneas de presentación, y cuya finalidad no es otra que la contextualizar el tema y servir como punto de arranque a cuanto se va a exponer con más detalle en los restantes capítulos del estudio. Tras recordar las importantes consecuencias que se derivan de la calificación de una contingencia como profesional o común en nuestro sistema de Seguridad Social (cálculo de prestaciones, requisitos de acceso a la mismas, cotización, gestión…), se efectúa una inicial delimitación del concepto técnico-legal de enfermedad profesional, precisando sus elementos y características así como las diferencias que presenta respecto de otras contingencias asimismo protegidas, especialmente con las enfermedades del trabajo no calificadas como

profesionales o “atípicas”. En esta visión panorámica del régimen jurídico de las enfermedades profesionales, se efectúa una primera valoración del sistema de lista adoptado por el RD 1299/2006, señalando sus ventajas e inconvenientes, así como las principales novedades del nuevo catálogo. A continuación se analiza de modo sumario el régimen jurídico de calificación y notificación de las enfermedades profesionales, para concluir con la exposición de las particularidades más relevantes que presenta su protección por el sistema español de Seguridad Social en las situaciones de incapacidad, muerte y supervivencia.

En los capítulos segundo, tercero y cuarto se acomete la delimitación del concepto de enfermedad profesional, examinando todas sus vertientes: delimitación legal de la institución, con exposición de sus antecedentes normativos; explicación de las causas que llevaron en 2006 a la actualización del listado de enfermedades profesionales; comparativa con la lista europea de enfermedades; análisis del nuevo cuadro reglamentario, con atención particular a sus anexos y al listado de enfermedades “sospechosas”; estudio de la flexibilización operada en la jurisprudencia sobre el concepto de enfermedad profesional y de accidente de trabajo, como respuesta a las rigideces del sistema de lista; caracterización de las enfermedades laborales atípicas y exposición de las claves para el correcto encuadramiento de las patologías derivadas de riesgos psicosociales (acoso, estrés laboral, etc.) silenciadas en el RD 1299/2006 .

Una vez concluida la delimitación conceptual de la enfermedad profesional, en el Capítulo V se realiza el análisis de los criterios habitualmente utilizados, tanto en el orden administrativo como jurisdiccional, para la determinación del carácter o naturaleza de una dolencia y su gravedad. A tal efecto, se examinan en primer término los criterios médico-forentes que coadyuvan a la determinación del origen profesional de la enfermedad y la gravedad de sus secuelas, con una especial referencia a la Guía de síntomas y patologías relacionados con el agente causante de la enfermedad profesional, cuya elaboración encomienda el RD 1299/2006 a los órganos técnicos competentes de los Ministerios con competencias en los ramos de trabajo y sanidad. En la segunda parte de este capítulo quinto se estudian los criterios jurídicos que contribuyen a la identificación del origen profesional de una enfermedad y sus consecuencias sobre el afectado, concluyéndose con un ilustrativo repaso a la casuística jurisprudencial aparecida sobre el tema de la valoración de la incapacidad permanente causada por las enfermedades profesionales más habituales.

El Capítulo VI del estudio se ocupa de la interacción existente entre la doble vertiente, reparadora y preventiva, de las enfermedades profesionales. Tras exponer el fundamento y alcance de la obligación legal que el empresario adquiere de ofrecer medidas preventivas frente a los riesgos profesionales que pueden afectar negativamente a sus trabajadores, en el doble plano normativo y judicial, se analizan las fortalezas y debilidades del sistema de "bonus-malus" en la cotización como mecanismo incentivador de la prevención, para exponer a continuación el contenido de las medidas preventivas específicas de la enfermedad profesional recogidas en la legislación preventiva y de seguridad social. El capítulo se cierra con la exposición del régimen jurídico del recargo de prestaciones de seguridad social por infracción de medidas de seguridad con resultado de enfermedad profesional.

El Capítulo VII se ocupa de una materia en la que nuevamente reaparece la singularidad del tratamiento de las enfermedades profesionales: las obligaciones de mutuas y empresas en la gestión de estos riesgos profesionales. Particular interés revisten el análisis del nuevo sistema de notificación de los partes de enfermedad profesional, y el pormenorizado estudio que se hace de las novedades introducidas en el sistema de capitalización de las pensiones derivadas de enfermedad profesional y la obligación de reaseguro, ámbito éste que se ha visto recientemente modificado por la Ley de Presupuestos Generales del estado para 2009.

Los dos últimos capítulos de la investigación se ocupan de un par de cuestiones prácticamente inéditas en la doctrina científica: el tratamiento de la enfermedad profesional sufrida por el trabajador autónomo y la protección complementaria de las enfermedades profesionales en la negociación colectiva.

Como se anticipó, el trabajo lo cierran dos anexos normativos que incluyen el vigente cuadro de enfermedades profesionales y el nuevo parte para proceder a su notificación, así como un anexo bibliográfico que recoge la lista de libros y artículos consultados para la elaboración del presente informe.

Confiamos en que este estudio constituya una herramienta útil para cuantas personas y entidades estén interesadas en profundizar en el conocimiento de una de las contingencias más características de nuestro sistema público de Seguridad Social: la enfermedad profesional.

El Investigador principal

Faustino Cavas Martínez

CAPÍTULO I

LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES ANTE EL SISTEMA ESPAÑOL DE SEGURIDAD SOCIAL: UNA VISIÓN PANORÁMICA

Faustino Cavas Martínez
Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
de la Universidad de Murcia

SUMARIO: I.- INTRODUCCIÓN: RELEVANCIA DE LA CARACTERIZACIÓN DE UNA CONTINGENCIA COMO COMÚN O PROFESIONAL EN NUESTRO DERECHO DE SEGURIDAD SOCIAL. II.- CONCEPTO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL SISTEMA ESPAÑOL DE SEGURIDAD SOCIAL: 1. Nacimiento y evolución del concepto de enfermedad profesional. Normativa aplicable. 2. Definición legal y notas caracterizadoras de la enfermedad profesional. 3. Delimitación de la enfermedad profesional frente a otras contingencias; en particular, frente a las enfermedades del trabajo. 4. Modelos o sistemas para la configuración del concepto de enfermedad profesional. Ventajas e inconvenientes del sistema de lista. 5. El concepto de enfermedad profesional en las normas internacionales: 5.1. La Organización Internacional del Trabajo. 5.2. La Unión Europea. 6. Aproximación al cuadro de enfermedades profesionales aprobado por el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre: 6.1. Antecedentes. 6.2. Principales aportaciones de nuevo cuadro de enfermedades profesionales. 6.3. Contenido del nuevo cuadro de enfermedades profesionales. 6.4. Actualización de la lista de enfermedades profesionales. 6.5. Valoración. III.- CALIFICACIÓN Y NOTIFICACIÓN: 1. Calificación. 2. Comunicación de la enfermedad profesional. IV.- PARTICULARIDADES DE LA PROTECCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES: ENTRE LA PREVENCIÓN Y LA REPARACIÓN: 1. Efectos compartidos con el accidente de trabajo. 2. Período de observación. 3. Reconocimientos médicos. 4. Traslado o cambio de puesto de trabajo. 5. Prestaciones por incapacidad, muerte y supervivencia: 5.1. Inicio de las prestaciones de incapacidad. 5.2. Presunción en las prestaciones por muerte y supervivencia.

I.- INTRODUCCIÓN: RELEVANCIA DE LA CARACTERIZACIÓN DE UNA CONTINGENCIA COMO COMÚN O PROFESIONAL EN NUESTRO DERECHO DE SEGURIDAD SOCIAL.

Como es sobradamente conocido, la acción protectora del Sistema de Seguridad Social no es uniforme sino que difiere en función del régimen de Seguridad Social en que el sujeto protegido esté encuadrado, o incluso, dentro de un mismo régimen, dependiendo del tipo de contrato o relación profesional que se tenga (p. ej., los trabajadores con contrato para la formación no tienen reconocida la protección frente al desempleo). Pues bien, el contenido y las condiciones de la protección varían también dependiendo de la contingencia que provoca la situación de necesidad protegible.

No es indiferente, en efecto, que una determinada contingencia sea calificada como común o profesional. En el ordenamiento jurídico español de Seguridad Social, reciben la consideración de contingencias profesionales las derivadas de accidente de trabajo (art. 115 LGSS) y enfermedad profesional (art. 116 LGSS). Las contingencias comunes reciben una delimitación negativa en art. 117 LGSS; y así, se considerará accidente no laboral "*el que, conforme a lo establecido en el artículo 115, no tenga el carácter de accidente de trabajo*" (núm. 1); y se considerará que constituyen enfermedad común "*las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales, conforme a lo dispuesto, respectivamente, en los apartados 2 e), f) y g) del artículo 115 y en el artículo 116*". Esta diferenciación entre contingencias comunes y profesionales trasciende el plano puramente conceptual y se traduce en un régimen jurídico diferenciado para las segundas, en múltiples aspectos, que cabe sintetizar en los siguientes: protección no condicionada a un período de carencia previo; cálculo de las prestaciones sobre bases reguladoras más elevadas -salario real en cómputo anual, incluidas las horas extraordinarias-; alta de pleno derecho y principio de automaticidad absoluta; indemnizaciones específicas en los casos de muerte y supervivencia; recargo de prestaciones por infracción de medidas preventivas; reconocimiento de lesiones permanentes no invalidantes; tratamiento preventivo específico para las enfermedades profesionales: posibilidad de colocar al trabajador en período de observación con el fin de confirmar el diagnóstico de la enfermedad, reconocimientos médicos obligatorios previos a la contratación, o el traslado de puesto de trabajo a otro exento de riesgo cuando se detecten síntomas de la enfermedad profesional; reglas especiales en materia de cotización (el empresario asume la totalidad de la cotización, se cotiza sobre una base de cotización distinta que incluye horas extraordinarias, y con tarifas de primas específicas en función de la peligrosidad de la actividad) y aseguramiento (el empresario puede asegurar los riesgos profesionales de sus trabajadores en una Mutua o con el INSS, mientras que el autónomo

forzosamente ha de hacerlo con una mutua). Porque aún persiste este régimen jurídico diferenciado para las contingencias comunes y profesionales[1], reviste enorme trascendencia calificar correctamente una determinada lesión como accidente de trabajo o como accidente no laboral, y/o una determinada patología como enfermedad profesional, como enfermedad de trabajo asimilada a accidente laboral o como enfermedad común.

II.- CONCEPTO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL SISTEMA ESPAÑOL DE SEGURIDAD SOCIAL

La enfermedad profesional se define médicamente como el daño, la patología médica o traumática, provocada por la presencia en el medio ambiente laboral de factores o agentes físicos, químicos o biológicos que merman la salud del trabajador.

Muchas enfermedades profesionales son bien conocidas desde antiguo. Hay que recordar que ya en tiempos de Hipócrates (siglo IV a. de C.) se sabía que ciertas actividades provocan enfermedades en quienes las ejecutan. Actualmente se conocen más de un millar de profesiones catalogadas por su riesgo de producir enfermedades en diversos grados. Con todo, debe hacerse notar que el costo que las enfermedades profesionales suponen para las empresas, para la economía en general y para el sistema de Seguridad Social, en pérdida de jornadas de trabajo y en prestaciones (económicas y sanitarias) no es tan elevado como el que resulta de los accidentes laborales. Si atendemos al número de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales con baja declarados en 2007, frente a los 1.022.067 accidentes ocurridos tanto en la jornada de trabajo como en trayecto, con un balance de 1167 muertes, se registraron 11.525 bajas por enfermedad profesional, sin ningún resultado de muerte[2].

---

[1] Un sector doctrinal ha propuesto la definitiva desaparición de la distinción entre contingencias comunes y profesionales. Por todos, GONZALO, B. y LÓPEZ, L.: "Aspectos críticos de la protección de los riesgos profesionales en el sistema de Seguridad Social", en GONZALO GONZÁLEZ, B. y NOGUEIRA GUSTAVINO, M., *Cien años de Seguridad Social. A propósito del centenario de la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1990*, Fraternidad-Muprespa y UNED, Madrid, 2000, pág. 139. Propuesta también incluida en el Informe Durán, *Informe sobre riesgos laborales y su prevención. La seguridad y la salud en el trabajo en España*, Presidencia del Gobierno, Madrid, 2001, pág. 245.

[2] Fuente: Anuario de Estadísticas Laborales 2007 (MTIN). Puede consultarse en http://www.mtin.es/estadisticas/ANUARIO2007/ATE/index.htm.

La patología de las enfermedades profesionales que los trabajadores pueden desarrollar es previsible si se conoce la actividad que realizan (silicosis en los trabajos de minería, saturismo en trabajos de fundición de plomo, etc.). Los síntomas se manifiestan de manera lenta y progresiva, comúnmente tras un largo período de latencia que en algunos casos puede durar años, lo que a menudo dificulta la identificación del momento concreto en que se ha causado, pudiendo el trabajador haber cambiado de empresa y de mutua aseguradora entre la fecha en que contrajo la enfermedad y su manifestación, lo que puede plantear complejos problemas de imputación de responsabilidad.

1.- Nacimiento y evolución del concepto de enfermedad profesional. Normativa aplicable.

Aunque la noción de enfermedad profesional nació en sede jurisprudencial, y esencialmente vinculada al accidente de trabajo, merced a la noción amplia de lesión adoptada por la jurisprudencia que permitió englobar a las enfermedades laborales en el concepto de accidente de trabajo[3], recibió posteriormente carta de naturaleza en la normativa de seguridad social y fue progresivamente desvinculándose del concepto de accidente de trabajo, sobre todo por la necesidad de aplicar especiales medidas de prevención y diagnóstico, y de facilitar su identificación.

En concreto, fue la Ley de Bases de Enfermedades Profesionales, de 13 de julio de 1936, la primera norma que se propuso establecer una regulación específica, hasta ese momento inexistente, para las enfermedades profesionales, listando un total de 21 enfermedades. Esta Ley fue consecuencia de la ratificación por España del Convenio núm. 18 de la OIT de 1925, sobre indemnización por enfermedades profesionales, que venía a establecer el principio de equiparación de las enfermedades profesionales con los accidentes de trabajo en materia indemnizatoria[4]. Después, la Orden del Ministerio de Trabajo de 7 marzo 1941 instituyó el seguro obligatorio de silicosis, enfermedad profesional por antonomasia de los mineros.

---

[3] Aunque la Ley de Accidentes de Trabajo de 31 de enero de 1900 tenía como finalidad reparar las consecuencias derivadas de los accidentes de trabajo, la *vis expansiva* de los riesgos profesionales hacia las enfermedades se manifestó pronto, desde la STS de 17 de julio de 1903, al declarar que el concepto legal de accidente de trabajo no hace referencia a un suceso más o menos repentino, sino al hecho mismo de la lesión, por lo que también incluye las enfermedades contraídas en el ejercicio de una profesión y como consecuencia de dicho ejercicio.

[4] Instr. Ratificación de 8-4-1932.

Pero la primera formulación general de la protección de las enfermedades profesionales no se producirá hasta el Decreto de 10 de enero de 1947 y su reglamento de 19 de julio de 1949, que establecieron un aseguramiento especial para ellas, autónomo y paralelo al que recibían los accidentes laborales; el cuadro de enfermedades profesionales se contenía en el anexo del Decreto de 1947, pudiendo éste ser ampliado.

El Decreto 792/1961, de 13 de abril, y su reglamento aprobado por OM de 9 de mayo de 1962, dieron un gran paso al derogar la normativa anterior y reordenar el Seguro de Enfermedades Profesionales, manteniendo el régimen de lista cerrada. Con el Texto Articulado de la Ley de Seguridad Social de 1966 continuó la vigencia del Decreto de 1961, así como también bajo la LGSS de 1974, que en su art. 85 definía la enfermedad profesional de forma idéntica a como lo hace el art. 116 de la actual LGSS (texto refundido aprobado por RDLvo. 1/1994, de 20 de junio).

El cuadro de enfermedades profesionales al que se refiere el art. 116 LGSS (y la normativa concordante) venía recogido en el RD 1995/1978, de 12 de mayo, que fue objeto de modificación parcial por el RD 2821/1981, de 27 de noviembre, para incorporar el carbunco como enfermedad profesional en la actividades de carga, descarga o transporte de mercancías, y de interpretación extensiva por parte de la Resolución de 30 de diciembre de 1993 de la Secretaría General de la Seguridad Social que, con carácter provisional, declaró el carácter profesional del denominado "*síndrome Ardystil*". Para los trabajos agrícolas el cuadro oficial de enfermedades profesionales aparecía en el anexo del D. 3772/1972, de 23 de diciembre, regulador del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social.

Toda esta regulación fue derogada y sustituida, a partir del 1 de enero de 2007, por el RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el nuevo cuadro de enfermedades profesionales[5], al tiempo que se dictan reglas para la actualización de las mismas y para la declaración y notificación de tales enfermedades, con el propósito de evitar o, cuando menos, reducir la incidencia de la infradeclaración de este tipo de patologías. Las previsiones del RD 1299/2006 han sido desarrolladas por la Orden TAS 1/2007, de 2 de enero[6], que establece el modelo de parte de enfermedad profesional, dicta

5 BOE de 19 de diciembre de 2006.

6 BOE de 4 de enero de 2007.

normas para su elaboración y transmisión y crea el correspondiente fichero de datos personales[7].

Además de las citadas, dentro de la Seguridad Social, las enfermedades profesionales son objeto de atención por un conjunto variado de normas, algunas con más de cuatro décadas de vigencia, que en algunos supuestos se presenta como dudosa, y que principalmente se ocupan de los siguientes aspectos:

-Diagnóstico, prevención y cuidado, particularmente dentro de la empresa (art. 196 LGSS y OM de 9 de mayo de 1962, considerada vigente por STS de 5 junio 2000 (RJ 2000, 4806).

-Formalización de la protección: arts. 70 y 99 LGSS, y art. 11 RD 85/1996.

-Cotización por este concepto (arts. 17 y 108 LGSS; disp. adic. 4ª Ley 42/2006, modificada por la disp. final 14ª Ley 51/2007 y por la disp. Final 13ª de la Ley 2/2008; normas concordantes y de desarrollo).

-Condiciones de acceso a las correspondientes prestaciones (Decreto de 22 de junio de 1956 y normas concordantes del sistema).

-Recargo de prestaciones económicas (art. 123 LGSS).

-Incapacidad temporal (arts. 128.1 a) y b), 130, 131 y 133 LGSS, y DA 2.ª de la OM 18 enero 1996, relativa a la prórroga del período de observación médica en supuestos en enfermedades profesionales)

-Lesiones permanentes no invalidantes (art. 150 LGSS y OM de 18 abril 2005).

-Incapacidad permanente (arts. 138 y 142 LGSS, arts. 22, 23, 24, 25 y 26 D. 3158/1966; arts. 42, 43, 44 y 45 de la OM de 15 abril 1969; RD 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales y OM de 18 enero 1996, dictada para desarrollo del mismo.

---

[7] Todo ello ha dado lugar al desarrollo del sistema CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social) en el ámbito de la Seguridad Social, con la premisa de poner la información a disposición de la Administración Laboral, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, así como de las restantes administraciones, instituciones, organizaciones y entidades para las que la materia tratada resulte de interés al cumplimiento de sus fines. A tal efecto, se ha creado en la Secretaría de Estado para la Seguridad Social un Observatorio de Enfermedades Profesionales que ofrece información estadística mensual sobre los procesos de enfermedades profesionales comunicados desde enero de 2007.

-Muerte y supervivencia (arts. 171, 172, 174 y 177 LGSS).

Determinadas enfermedades profesionales cuentan además con una regulación específica en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento (como la silicosis, a través de las OO.MM. de 9 mayo 1962, 15 abril 1969, 30 abril 1973 y 30 abril 1977). Algunas cuentan también con normas específicas de seguridad y salud en el trabajo (como el asbesto, a través del RD 396/2006, de 31 de marzo).

2.- Definición legal y notas caracterizadoras de la enfermedad profesional.

En el sistema español, la enfermedad profesional es atendida desde tres conjuntos normativos e institucionales, distintos pero complementarios: la normativa de prevención de riesgos laborales (prevención y cuidado), la normativa sanitaria (diagnóstico, asistencia y tratamiento) y la normativa de seguridad social (indemnización o protección económica). Esta última constituye el eje del sistema, y proporciona la definición legal de enfermedad profesional, actualmente recogida en el art. 116 de la LGSS de 1994, conforme al cual se considera tal: *"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"*[8].

Sobre este concepto legal, la STSJ Cataluña de 23 de diciembre de 2002 (rec.1642/2002) dictaminó que "no basta, por tanto, para que una determinada dolencia o lesión sea calficada como derivada de enfermedad profesional que la misma provenga del trabajo, sino que el peculiar régimen jurídico de esa contingencia exige, además, de un modo específico en cuanto al origen de la misma, mediante una acción lenta y progresiva, consecuencia lógica al tratarse de una enfermedad, y un lugar específico en el que la misma se contrae, o se origina". En otra sentencia del mismo Tribunal, de 21 de abril de 2005 (rec. 3487/2004), éste declaró que la calificación como enfermedad profesional "ha de basarse en la existencia de una enfermedad, entendida

8 La misma definición se contiene en la Disp. adic. 1ª del RD 63/2006, de 27 enero, en relación con la cobertura de esta contingencia en el ámbito de los becarios de investigación, o personal investigador en formación de beca. El citado artículo precisa: «se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia de las tareas y funciones efectuadas por el personal investigador en formación en las actividades especificadas por la normativa reguladora de enfermedades profesionales en el Régimen General de la Seguridad Social y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias señaladas para cada enfermedad en la normativa anteriormente citada.»

como proceso lento y progresivo, en el que concurra la señalada relación de causalidad conforme a la lista de enfermedades profesionales".

En consecuencia, no todas las enfermedades de etiología laboral, o lo que es igual, causadas por el trabajo pueden ser consideradas como enfermedades profesionales en sentido técnico-legal. Para que una enfermedad sea calificada como profesional han de cumplirse tres notas o requisitos exigidos por la Ley, a saber[9]:

1) *Que la enfermedad sea contraída a consecuencia del trabajo prestado por cuenta ajena.* La relación de causalidad exigida entre el trabajo y la enfermedad es aquí mucho más rígida que en la definición de accidente de trabajo, al no poder producirse la enfermedad profesional con ocasión del trabajo, sino siempre por "consecuencia" del trabajo realizado. La importancia de esta nota es tal que tiende a situarse la distinción entre la enfermedad profesional y el accidente de trabajo, precisamente, en el carácter único de la causa en la primera, frente a la admitida causalidad directa o mediata que puede dar lugar al accidente[10]. Esta relación de causalidad directa[11], que se presenta como denominador común con la regulación internacional y comunitaria[12], si bien acarrea el efecto positivo de una mayor seguridad en la calificación jurídica, liberando al trabajador de la prueba del origen profesional de la dolencia padecida con tal que la misma esté incluida en el catálogo oficial

---

9 A este respecto, la STS de 24 abril 1985 consideró que para que una enfermedad sea profesional, se requiere que ésta sea contraída a consecuencia del trabajo ejecutado, que se especifique en el cuadro correspondiente y que esté provocada por los elementos o sustancias que se indiquen para cada una de ellas, requisitos cuya concurrencia es preciso, dándose nexo de causalidad suficiente entre los productos manipulados y la enfermedad padecida.

10 La STSJ Comunidad Valenciana de 14 diciembre 2004 declaró que partiendo del propio tenor literal del art. 116 LGSS, resulta que es requisito imprescindible para hablar de enfermedad profesional que haya sido contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, siendo este concepto menos amplio que el de accidente de trabajo ya que la enfermedad profesional no se produce con ocasión del trabajo, sino solamente a consecuencia del mismo.

11 La doctrina coincide en afirmar que la relación de causalidad es aquí mucho más rígida y estrecha que en el accidente de trabajo. Vid., entre otros, LÓPEZ GANDÍA, J., "Artículo 116", Concepto de enfermedad profesional, en ALARCÓN CARACUEL, M.R. (Dir.) y RODRÍGUEZ RAMOS, P.T. (Coord.), *Comentarios a la Ley General de la Seguridad Social*, Pamplona, Aranzadi, 2003, pág. 769; también RODRÍGUEZ-PIÑERO, M., "Las enfermedades del trabajo", *Relaciones Laborales*, 1995-II, pág. 22.

12 Manifiesta así la Recomendación 2003/670/CE que "las enfermedades enumeradas en esta lista deben estar directamente ligadas con la actividad ejercida", si bien, a diferencia de la norma española, no entra en la descripción de actividades y sectores.

de enfermedades profesionales[13], delimita de forma bastante restrictiva el ámbito de actuación de la enfermedad profesional, puesto que excluye las enfermedades multi o pluricausales, que son las más frecuentes, de hecho, en la realidad[14].

En cuanto al requisito de que la enfermedad se haya producido como consecuencia de la ejecución de un trabajo por cuenta ajena en los términos del art. 1.1 ET[15], el mismo debe ser matizado una vez que se ha extendido la cobertura de las contingencias profesionales a los trabajadores autónomos[16].

2) *Que la enfermedad sea consecuencia de las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones reglamentarias de aplicación y desarrollo de la ley.* Lo que implica que, para que una enfermedad sea caracterizada como profesional a efectos de la Seguridad Social, la misma tiene que haberse producido en alguna de las actividades "*listadas*", es decir, recogidas en el cuadro que esté aprobado, de modo que

---

13 Entre otros, MORENO CÁLIZ, S., "Aproximación al concepto de enfermedad profesional", *Tribuna Social*, nº 131, 2001, pág. 59.

14 Cfr. IGARTÚA MIRÓ, T.: "La nueva lista de enfermedades profesionales y la inamovilidad respecto a las dolencias derivadas de riesgos psicosociales", en *Actualidad Laboral*, nº 22, 2007, pág. 2697.

15 A pesar de que la noción de enfermedad profesional del art. 116 LGSS se establece para el Régimen General de la Seguridad Social, la misma es extensiva a otros regímenes especiales cuya acción protectora comprenda la contingencia de enfermedad profesional. Regímenes como el de la Minería del Carbón, por remisión expresa, como subsidiaria, a la normativa del Régimen General (art. 1 OM de 3 abril 1973, que desarrolla el D. 298/1973, de 8 de febrero, sobré régimen especial de Seguridad Social para la minería del carbón); el Régimen Especial de Trabajo en el Mar, por remisión del art. 28.2 del D. 2864/1974, de 30 de agosto, por el que se aprueba este régimen especial; o el Régimen de Funcionarios Civiles del Estado, donde encontramos parecida remisión en el art. 60 del RD 375/2003, de 28 de marzo, mediante el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo.

Mención aparte merece el Régimen Especial Agrario, que ha contado con su propio cuadro de enfermedades profesionales, contenido en un anexo del RD 3772/1972, de 23 de diciembre, en el que se recogían hasta once enfermedades profesionales, agrupadas según el tipo de agente enfermante, y que ha sido derogado por el RD 1299/2006. No constituye, sin embargo, ámbito propio de la enfermedad profesional, el Régimen Especial de Empleados de Hogar, a quienes se excluye además de la normativa de prevención de riesgos (art. 3.4 LPRL).

16 Respecto a los trabajadores autónomos, el concepto de enfermedad profesional viene recogido en la disposición adicional 34ª de la LGSS, incorporada por la Ley 53/2002, que entiende por enfermedad profesional «la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta propia que esté provocada por la acción de los elementos y sustancias y en las actividades que se especifican en la lista de enfermedades profesionales con las relaciones de las principales actividades capaces de producirlas anexa al Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de Seguridad Social» (a partir del 1 de enero de 2007, la referencia al RD 1995/1978, deben entenderse hecha al RD 1299/2006, al haberlo derogarlo expresamente y regular éste el nuevo listado de enfermedades profesionales)

aunque exista una enfermedad, y la misma sea consecuencia del trabajo realizado, sólo tendrá la consideración de enfermedad profesional cuando se haya contraído en el trabajo realizado en las actividades listadas y para las enfermedades recogidas expresamente en el cuadro[17].

3) *Que la patología proceda de la acción de elementos o sustancias que en el cuadro reglamentario se indiquen para cada enfermedad profesional*. Es decir, es necesario que la enfermedad profesional se haya producido precisamente por la acción de los elementos, sustancias, agentes físicos o agentes animales que detalla el cuadro aprobado reglamentariamente para cada tipo de enfermedad[18]. Si las sustancias, agentes, etc., provienen del trabajo pero no se encuentran entre las que en el indicado cuadro dan lugar a la enfermedad profesional, estaríamos ante una enfermedad que podría tener la consideración de accidente de trabajo, si se prueba su conexión con el mismo, a tenor del núm. 2, apartado e), del art. 115 LGSS.

Esta diversa configuración normativa, en términos de mayor flexibilidad para el accidente que para la enfermedad profesional, ha provocado una evolución de la doctrina judicial muy desigual, pues mientras que el accidente ha sido objeto de una notable ampliación por parte de los jueces y tribunales laborales, no se ha seguido el mismo proceso con la enfermedad profesional, ámbito éste en el que el margen de interpretación judicial resulta mucho más reducido, al verse constreñida la conceptuación de la enfermedad profesional por el sistema de lista; con todo, algunos tribunales menores hayan apreciado la posibilidad de aplicar por analogía el cuadro de enfermedades profesionales a actividades o enfermedades no listadas, extendiendo en algunos supuestos específicos el concepto de enfermedad profesional para adaptarlo a las peculiares características de una determinada dolencia o actividad

---

17 PANIZO ROBLES, J.A.: "Novedades de Seguridad Social al inicio de 2007", en *Revista de Trabajo y Seguridad Social - CEF*, núm. 287, 2007, pág. 55.

18 Así, p. ej., se ha declarado que no es enfermedad profesional la silicosis contraída por un trabajador que desarrollaba una de las actividades que según el reglamento de 1978 era susceptible de producir la enfermedad porque era probable que contuviera el agente lesivo (polvo de sílice) (entre otros, aquéllos en que se emplea chorro de arena o esmeril), pero "en la fundamentación jurídica que completa el hecho probado cuarto aparece la convicción de la juzgadora, no modificada, de que el actor presentó una silicosis, que realiza trabajos con chorro de arena, pero añade que el mismo no contiene polvo de sílice, por consiguiente falta uno de los tres elementos integrantes del concepto de enfermedad profesional" (STSJ_Valencia de 19 julio 1995, AS 1995\3025). Asimismo, se ha descartado la calificación como enfermedad profesional de un cáncer de pulmón por utilización de policloruro de bifenilo, al ser esta una sustancia cancerígena no incluida en el catálogo de enfermedades (STSJ Andalucía, de 27 marzo1995).

profesional[19]; lo que, por otra parte, ha significado también la diferente calificación como enfermedad profesional de situaciones iguales o, al menos, semejantes, en aplicación de cada uno de los grupos legales de enfermedades profesionales[20].

Por otro lado, se ha señalado que el concepto de enfermedad profesional, frente a la complejidad y flexibilidad de la noción de accidente de trabajo resulta más simple y, desde luego, más rígido pero también de determinación más segura, lo que hasta el momento hace que la litigiosidad sobre la calificación sea menos frecuente[21].

Como características de la enfermedad profesional cabe señalar las siguientes:

- Inicio lento.
- No violenta, sino oculta y/o de aparición retardada.
- Previsible. Se conoce por indicios lo que va a ocurrir.
- Progresiva.

Entre los factores que determinan o favorecen la aparición de una enfermedad profesional se encuentran:

- El tiempo de exposición.
- La concentración del agente contaminante en el ambiente de trabajo.
- Las características personales del trabajador
- La presencia de varios contaminantes al mismo tiempo.
- La relatividad de la salud.

---

19 Vid., p. ej., esta tendencia en SSTSJ Cataluña de 21 abril 1998; Aragón de 21 abril 2003 o País Vasco de 27 enero 2004.

20 Un pormenorizado recuento de pronunciamientos judiciales afirmando o negando la existencia de enfermedad profesional en BLASCO LAHOZ, J.F.: Enfermedades Profesionales. Legislación, doctrina y jurisprudencia, Valencia, Tirant lo Blanch, 2009.

21 DESDENTADO BONETE, A.: "Art. 116. Concepto de enfermedad profesional", en MONEREO PÉREZ, J.L. y MORENO VIDA, M.N. (Dir.), *Comentario a la Ley General de la Seguridad Social*, Comares, Granada, 1999, págs. 1122-1123.

- Las condiciones de seguridad.
- Factores de riesgo en la utilización de máquinas y herramientas.
- El diseño del área de trabajo.
- Almacenamiento, manipulación y transporte.
- Sistemas de protección contra contactos indirectos.

3. Delimitación de la enfermedad profesional frente a otras contingencias; en particular, frente a las enfermedades del trabajo.

Junto al siniestro o accidente laboral propio, de carácter súbito, violento y externo, el trabajador siempre ha estado sujeto a la posibilidad de sufrir trastornos patológicos de carácter lento y progresivo, vinculados en su origen a las características del trabajo o de la tarea realizada. Hay sistemas, como el francés, el italiano o el belga, que exigen que la fuerza lesiva sea súbita, violenta o traumática y exterior, para apreciar la existencia de un accidente trabajo, con lo que no dan cabida en éste a la lesión provocada por una acción lenta y progresiva de recepción interna. Ello explica que en estos ordenamientos la enfermedad profesional haya precisado de un régimen asegurativo propio. En el sistema español, por el contrario, nuestra jurisprudencia, desde su más tempranas decisiones (hay que remontarse a la emblemática STS de 17 junio 1903, ya citada), ha considerado que la fuerza lesiva podía ser de generación lenta y progresiva, permitiendo así la calificación como accidentes laborales de las enfermedades causadas por el trabajo.

En esta dirección se ha inspirado la LGSS al caracterizar como accidentes de trabajo las enfermedades que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo [art. 115. 2, e) LGSS 1994]. Puesto en relación este precepto con el art. 116 LGSS, donde se recoge la noción de enfermedad profesional, puede concluirse que son “enfermedades del trabajo”, asimiladas a accidentes de trabajo, las enfermedades de etiología laboral no incorporadas al cuadro reglamentario de enfermedades profesionales. La carga de la prueba corre en estos casos de cuenta del afectado: la calificación como accidente de trabajo de una enfermedad de estas características es admitida por la jurisprudencia, siempre que se demuestre fehacientemente la relación causa-efecto entre el trabajo ejecutado y la enfermedad contraída. Así, p. ej., se ha considerado accidente de trabajo la dermatitis alérgica producida por

sustancias alergógenas existentes en el lugar de trabajo (STSJ Madrid 9-4-1991, AS 2065), o la hipoacusia adquirida a consecuencia de explosiones en el trabajo (STCT 10-5-1989, Ar. 3700).

En estos casos, como la enfermedad es un proceso lento y permanente, que no se puede ubicar en un momento concreto, el trabajador, en principio, no se beneficiaría de la presunción *iuris tantum* favorable a la laboralidad del accidente que recoge el art. 115.3 LGSS para los siniestros que se producen en el tiempo y el lugar de trabajo, ni de la presunción *iuris et de iure* que aprovecha a las enfermedades profesionales listadas. No obstante, y en aplicación de la presunción recogida en el art. 115.3 LGSS, el Tribunal Supremo ha considerado que los episodios, manifestaciones puntuales o crisis de ciertas enfermedades comunes, como el infarto de miocardio u otras dolencias cardíacas, así como las trombosis, derrames cerebrales, etc, que se manifiestan en el tiempo y el lugar de trabajo, son accidentes laborales, salvo que se prueba la falta de conexión con el medio laboral[22].

Asimismo, se consideran accidentes de trabajo las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad, que se manifiestan o agravan como consecuencia de un accidente de trabajo [art. 115.2.f) LGSS] (ej., la artrosis de hombro que se agrava con el accidente, o unos quistes latentes que se descubren y precisan ser operados a resultas del accidente, o una enfermedad psíquica que se agrava por el trama causado por el accidente), y las enfermedades intercurrentes [art. 115.2.g) LGSS], entendiéndose por tales las que constituyen complicaciones del proceso patológico determinado por el accidente de trabajo mismo, o las que tienen su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado al paciente para su curación (ej., diabetes desencadenada o agravada por el tratamiento de un accidente de trabajo, o la tromboflebitis causada por una férula en el tobillo, como consecuencia del esguince ocasionado en el trabajo). Recientemente, la jurisprudencia ha otorgado la calificación de accidente de trabajo, incardinable en el art. 115.2.f) LGSS, a una enfermedad profesional latente que aflora como consecuencia de un acontecimiento brusco ocurrido en el trabajo[23].

---

[22] SSTS 7 marzo 1987, RJ 1350; 5 julio 1988, RJ 6115; 18 octubre 1996, RJ 7774; 18 junio 1997, RJ 4762, entre muchas. Recientemente, el Tribunal Supremo ha declarado accidente de trabajo la crisis comicial sufrida por un jardinero en horas de trabajo que, a resultas de la misma, sufre una caída al suelo a resultas de la cual se le causa un traumatismo cráneo-encefálico que le produce la muerte, disociando la causa eficiente u originaria (crisis epiléptica) de la causa inmediata de la muerte (la caída y el traumatismo ocurridos en tiempo y lugar de trabajo).

[23] SSTS de 25 enero 2006 (RJ 2006, 4333) y 14 febrero 2006 (RJ 2006, 2092).

Accidente de trabajo y enfermedad profesional son contingencias muy próximas en el sistema de seguridad social (STS 14 de febrero de 2006 [RJ 2006, 2092]). No obstante, su origen, naturaleza y manera de manifestarse son muy diferentes, lo cual impide una identificación completa y absoluta entre una y otra (STS 13 de octubre de 2003 [RJ 2003, 7743]).

Distinta de la enfermedad profesional es, desde luego, la «enfermedad común», que es aquella que no guarda relación con el trabajo (como viene a decir el art. 117.2 LGSS).

En resumen, un proceso morboso que afecte a un trabajador puede ser calificado como enfermedad común, si la alteración de la salud no observa ninguna relación con el trabajo; como accidente laboral, cuando la enfermedad es causada por el trabajo pero no está catalogada y protegida específicamente como enfermedad profesional; o como enfermedad profesional, que es aquella enfermedad laboral que se contrae por la acción dañosa para la salud de ciertos elementos enfermantes, presentes en determinadas actividades y operaciones, figurando ambas, enfermedades y actividades susceptibles de causarlas, en una lista oficial.

4.- Modelos o sistemas para la configuración del concepto de enfermedad profesional. Ventajas e inconvenientes del sistema de lista.

La determinación de la existencia de una enfermedad profesional puede atender, según la OIT, a tres sistemas o modelos[24]. Estos modelos son:

a) El sistema “de lista”, por el que se atribuye la consideración de enfermedad profesional a toda aquella recogida en una lista que acoge además las sustancias y ámbitos profesionales o sectores en que está presente, vinculando todos estos elementos.

b) En segundo lugar, un sistema “abierto” o de “determinación judicial”.

c) Por último, un sistema “mixto” que conjuga los dos modelos anteriores.

---

[24] Cfr. LANTARÓN BARQUÍN, B.: “Cuadro de enfermedades profesionales. Una radiografía jurídica”, en *Relaciones Laborales*, nº 8, 2008, pág. 419.

El sistema de lista ha sido el acogido en el ámbito comunitario desde la Recomendación de 23 de julio de 1962 a la Recomendación 2003/670/CE, de 19 de septiembre, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales, pasando por la 90/326/CEE, de la Comisión, de 30 de mayo de 1990.

Del concepto de enfermedad profesional acogido en el art. 116 LGSS dimana con claridad que nuestro ordenamiento ha instaurado un sistema de lista, en línea con la normativa comunitaria, de forma que el dato trascendental a la hora de calificar una enfermedad como profesional viene dado por su previa inclusión en el cuadro oficial vigente.

Como ventajas de este sistema para abordar la protección de las enfermedades profesionales se ha señalado que el mismo asegura un alto grado de certeza, puesto que la inclusión en el cuadro actúa como presunción "*iuris et de iure*" de su etiología laboral, no requiriéndose la prueba del nexo causal, a diferencia de lo que ocurre con las restantes enfermedades del trabajo no incluidas en la lista, en las que sí es necesaria dicha prueba.

Este rasgo ha sido reiteradamente afirmado por la jurisprudencia[25], si bien recientemente puede haberse inaugurado una dirección en sentido

---

25 Como sostiene la STS de 25.11.1992 (RJ 8835), "la enfermedad profesional del art. 85 (LGSS 1974) se asienta sobre una *presunción legal* surgida de un doble listado de actividades y enfermedades, en tanto que en el art. 84, al no existir aquella presunción, ha de acreditarse la relación causal entre las secuelas y el trabajo desarrollado. Al respecto, el Tribunal Supremo en Sentencias de 12 marzo 1986 (RJ 1986\1309), 19 mayo 1986 (RJ 1986\2578), 19 julio 1991 (RJ 1991\6836) y 28 enero 1992 (RJ 1992\130), ha declarado que la diferencia entre la enfermedad profesional del artículo 84.2 apartado e) de la Ley General de la Seguridad Social y la listada del artículo 85 de dicho Cuerpo Legal, no afecta a aspectos esenciales del régimen jurídico, sino a determinados aspectos accesorios como el de la prueba del nexo causal lesión-trabajo, que es necesaria en el supuesto del artículo 84.2 apartado e) de la Ley General de la Seguridad Social y no lo es, por el juego de una presunción legal, en las enfermedades profesionales del artículo 85 del repetido Texto Legal. En definitiva, lo que sostiene la mencionada jurisprudencia del Tribunal Supremo es que cuando nos encontremos ante un supuesto de enfermedad profesional recogida en el listado de dichas enfermedades establecido en el Decreto 12 mayo 1978 para las actividades profesionales que allí se indican, existirá una presunción legal «iuris et de iure» de que dicha enfermedad es de carácter profesional, no siendo necesario en estos casos la prueba de la existencia de relación de causalidad entre el trabajo y la enfermedad, prueba que, por contra, sí sería precisa en los supuestos del art. 84.2 apartado e) de la Ley General de la Seguridad Social, esto es, enfermedades que se alega que han sido contraídas como consecuencia del trabajo y que no se encuentran recogidas en el referido listado establecido por el Decreto 12 mayo 1978".

Vid., asimismo, las SSTSJ Castilla-La Mancha de 29 noviembre 1999, Navarra de 28 junio 2002 y Cantabria de 12 de marzo de 2003. En ésta se afirma que la presunción *iuris et de iure* está "destinada a evitar los problemas insolubles de prueba que se presentarían si se exigiese acreditar una relación causal en materia de enfermedades, ya que normalmente sería imposible trazar con certeza el desarrollo del proceso mórbido hasta su causa, de forma que sólo podrán realizarse conjeturas con mayor o menor índice de verosimilitud. La solución a dicha imposibilidad de obtener una certeza suficiente es el establecimiento normativo de una presunción, puesto que aplicando las reglas probatorias ordinarias sería casi imposible calificar como profesional la enfermedad".

diverso, al haberse calificado por el Tribunal Supremo dicha presunción como "*iuris tantum*", susceptible de prueba en contrario, y no como una ficción jurídica o presunción *iuris et de iure* relativa al régimen jurídico sustantivo de un determinado supuesto de hecho[26].

Otra ventaja del sistema de lista es que facilita la identificación de las obligaciones de la empresa, la detección de riesgos en orden a la adopción de medidas preventivas y la constatación de la relación de la enfermedad con un trabajo que se desarrolló hace años; al tiempo que agiliza los trámites para acceder a las prestaciones y favorece la confección de estudios y estadísticas[27].

Como inconvenientes o aspectos negativos, se ha señalado que es un método insuficiente, por cuanto la lista no abarca, ni mucho menos, todas las patologías de origen laboral[28], a lo que se añade el patente inconveniente de quedar pronto desfasa y las dificultades y la demora para incorporar las nuevas enfermedades profesionales que van apareciendo, con el consiguiente desajuste en relación a la evolución tecnológica, a los modos de trabajar y a las nuevas sustancias y agentes empleados en los procesos productivos[29].

Si en nuestro país existe, gracias sobre todo a la acción de la jurisprudencia, una noción amplia de accidente de trabajo, quizás sea el momento de preguntarse ¿qué sentido tiene separar ciertas enfermedades del trabajo, privándolas de la conceptuación como accidentes laborales, para catalogarlas como enfermedades profesionales? Son, como se ha señalado, razones de seguridad y certeza en la identificación de este riesgo profesional, de modo que cuando un trabajador contraiga una de las enfermedades listadas en alguna de las actividades asimismo catalogadas, directamente se va a declarar la existencia de una enfermedad profesional merecedora de la protección específica y cualificada que nuestra legislación preventiva, sanitaria y de Seguridad Social dispensa a este tipo de riesgo; protección que en muchos aspectos es común a la que reciben los accidentes de trabajo, pero que tiene algunas particularidades, exigidas por la propia singularidad de la

---

26 STS de 14 febrero 2006 (RJ 2006, 2092).

27 Vid., por todos, LÓPEZ GANDÍA, J., "Artículo 116", *cit.*, pág. 769.

28 LÓPEZ GANDÍA, J., "Artículo 116", *cit.*, pág. 769; MORENO CÁLIZ, S., "Aproximación al concepto de Enfermedad Profesional", *cit.*, pág. 48; IGARTÚA MIRÓ, Mª.T., "La nueva lista de enfermedades profesionales…", *cit.*, pág. 2695.

29 IGARTUA MIRÓ, Mº.T., *cit.*

enfermedades profesionales (peculiaridades a las que brevemente me referiré más adelante, en materia de diagnóstico, calificación, baja laboral durante el período de observación, prevención y reconocimientos médicos, movilidad funcional, comienzo de las prestaciones por incapacidad, etc.). Además, si en líneas generales para los trabajadores es indiferente desde el punto de vista prestacional la calificación del hecho como enfermedad profesional o accidente de trabajo, en cambio, no lo es para las empresas, a las que se imponen obligaciones especiales, precisamente porque en los trabajos listados en el RD 1299/2006 que la empresa desarrolla es frecuente o posible la aparición de enfermedades profesionales.

¿Cuándo accede una enfermedad laboral al cuadro de enfermedades profesionales? Cuando se comprueba a lo largo del tiempo y por la frecuencia de su aparición, que una determinada enfermedad está vinculada o relacionada con el desempeño de ciertas profesiones o actividades, y a la exposición de agentes lesivos presentes en determinados ambientes de trabajo, siendo muy probable que dicha enfermedad aparezca en tales trabajos. Entonces se incorpora la enfermedad al catálogo y simultáneamente la actividad que es susceptible de producirla.

La utilización del sistema “abierto” o de “determinación judicial” tiene como consecuencia que las enfermedades profesionales no están determinadas previamente, sino que en cada caso concreto se determinará o no una enfermedad como profesional a través de decisiones judiciales, siempre que se pruebe que tienen su origen en el trabajo que se realiza. Como ventajas de esta sistema se ha apuntado que permite tener en cuenta las insuficiencias del sistema de lista e incorporar nuevas enfermedades profesionales de acuerdo con la evolución de la medicina, teniendo el médico un papel activo al estudiar y diagnosticar la enfermedad; como inconvenientes se ha destacado que genera cierta inseguridad jurídica, que es difícil averiguar el origen de las enfermedades, aumenta el número de peticiones de calificación de la enfermedad como profesional, el informe médico puede ser contradicho por otro informe médico, y no facilita medidas preventivas ni la confección de estadísticas nacionales o internacionales.

Por último, el sistema “mixto” significa el establecimiento por vía legislativa previamente de una lista de enfermedades profesionales, pero con la inclusión de una cláusula abierta para que, mediante la analogía o la valoración judicial, puedan añadirse nuevas enfermedades profesionales surgidas con la evolución de la producción, de las tecnologías y de los conocimientos médicos

y científicos[30]; aceptándose la posibilidad de probar la conexión causal del trabajo con la enfermedad que padece el trabajador, dando lugar a la consideración y calificación de la patología sufrida como enfermedad profesional, aunque no esté contemplada en el cuadro o lista[31].

Sin descartar las ventajas del sistema de lista y del sistema abierto, creemos que lo más conveniente sería la desaparición de la actual distinción entre enfermedades profesionales y enfermedades derivadas del trabajo, a través de la implantación de un **sistema mixto** que combine un sistema de enfermedades apriorísticamente calificadas como profesionales, pero admitiendo la posibilidad de calificar como tales otras enfermedades cuando se pruebe su relación causal con el trabajo.

5. El concepto de enfermedad profesional en las normas internacionales

5.1. Organización Internacional del Trabajo

La OIT ha optado por el establecimiento de un sistema mixto de enfermedades profesionales en el Convenio núm. 18, "sobre las enfermedades profesionales"[32], revisado posteriormente por los Convenios núm. 42[33] y 121[34], estableció la obligación de los Estados miembros de considerar como enfermedades profesionales las enfermedades y las intoxicaciones producidas por las sustancias recogidas en el mismo, siempre que aquéllas afectasen a los trabajadores pertenecientes a las industrias o profesiones correspondientes y resultaran del trabajo en una empresa sujeta a la legislación nacional (art. 2).

---

30 LÓPEZ GANDÍA, J. y AGUDO DÍAZ, J., *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, Albacete, Bomarzo, 2007, pág. 17.

31 MORENO CÁLIZ, S.: "La lista española de Enfermedades profesionales a la luz de recientes textos internacionales", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 52, 2004., pág. 120.

32 Adoptado el 10 de junio de 1925, su fecha de entrada en vigor fue el 1 de abril de 1927

33 El Convenio nº 42 fue adoptado el 21 de junio de 1934, con fecha de entrada en vigor el 17 de junio de 1936.

34 El Convenio nº 121 fue adoptado con fecha 8 de julio de 1964, y su fecha de entrada en vigor fue el 28 de julio de 1967. Con la misma fecha se adoptó la Recomendación n´º 121, sobre las prestaciones en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, con el objeto de complementar el Convenio nº 121. Este Convenio, que propugna un sistema mixto, no ha sido ratificado por el Estado español, pese a ser uno de los países que más Convenios de la Organización Internacional del Trabajo ha ratificado.

El Convenio núm. 18 estableció el siguiente cuadro de enfermedades profesionales:

C U A D R O

Lista de enfermedades y de sustancias tóxicas:	**Lista de las industrias o profesiones correspondientes**:
Intoxicación producida por el plomo, sus aleaciones o sus compuestos, con las consecuencias directas de dicha intoxicación.	Tratamiento de minerales que contengan plomo, incluidas las cenizas plumbíferas de las fábricas en que se obtiene el cinc.
	Fusión del cinc viejo y del plomo en galápagos.
	Fabricación de objetos de plomo fundido o de aleaciones plumbíferas.
	Industrias poligráficas.
	Fabricación de los compuestos de plomo.
	Fabricación y reparación de acumuladores.
	Preparación y empleo de los esmaltes que contengan plomo.
	Pulimentación por medio de limaduras de plomo o de polvos plumbíferos.
	Trabajos de pintura que comprendan la preparación o la manipulación de productos destinados a emplastecer, masilla o tintes que contengan pigmentos de plomo.
Intoxicación producida por el mercurio, sus amalgamas y sus compuestos, con las consecuencias directas de dicha intoxicación.	Tratamiento de minerales de mercurio.
	Fabricación de compuestos de mercurio.
	Fabricación de aparatos para medir y aparatos de laboratorio.
	Preparación de materias primas para sombrerería.
Infección carbuncosa.	Dorado a fuego.
	Empleo de bombas de mercurio para la fabricación de lámparas incandescentes.

	Fabricación de pistones con fulminato de mercurio.
	Obreros que estén en contacto con animales carbuncosos. Manipulación de despojos de animales. Carga, descarga o transporte de mercancías.

Por su parte, el Convenio núm. 42 estableció el siguiente cuadro de enfermedades profesionales:

Lista de enfermedades y de sustancias tóxicas	**Lista de industrias o profesiones correspondientes**
Intoxicación producida por el plomo, sus aleaciones o sus compuestos, con las consecuencias directas de dicha intoxicación.	-Tratamiento de minerales que contengan plomo, incluidas las cenizas plomíferas de las fábricas en que se obtiene el cinc. -Fusión del cinc viejo y del plomo en galápagos. -Fabricación de objetos de plomo fundido o de aleaciones plumbíferas. Industrias poligráficas. -Fabricación de los compuestos de plomo. -Fabricación y reparación de acumuladores. -Preparación y empleo de los esmaltes que contengan plomo. - Pulimentación por medio de limaduras de plomo o de polvos plomíferos. - Trabajos de pintura que comprendan la preparación o la manipulación de productos destinados a emplastecer, masilla o tintes que contengan pigmentos de plomo.
Intoxicación producida por el mercurio, sus amalgamas y sus compuestos, con las consecuencias directas de dicha intoxicación.	-Tratamiento de minerales de mercurio. -Fabricación de compuestos de mercurio. -Fabricación de aparatos para medir y aparatos de laboratorio. -Preparación de materias primas para sombrerería. -Dorado a fuego. -Empleo de bombas de mercurio para la fabricación de lámparas incandescentes. -Fabricación de pistones con fulminato de mercurio.
Infección carbuncosa.	-Obreros que estén en contacto con

	animales carbuncosos. -Manipulación de despojos de animales. -Carga, descarga o transporte de mercancías.
La silicosis con o sin tuberculosis pulmonar, siempre que la silicosis sea una causa determinante de incapacidad o muerte.	Las industrias u operaciones que la legislación nacional considere están expuestas a los riesgos de la silicosis.
Intoxicación producida por el fósforo o sus compuestos, con las consecuencias directas de esta intoxicación.	Todas las operaciones de la producción, separación o utilización del fósforo o de sus compuestos.
Intoxicación producida por el arsénico o sus compuestos, con las consecuencias directas de esta intoxicación.	Todas las operaciones de la producción, separación o utilización del arsénico o sus compuestos.
Intoxicación producida por el benceno o sus homólogos, sus derivados nitrosos y amínicos, con las consecuencias directas de esta intoxicación.	Todas las operaciones de la producción, separación o utilización del benceno o de sus homólogos o de sus derivados nitrosos y amínicos.
Intoxicación producida por los derivados halógenos de los hidrocarburos grasos.	Todas las operaciones de la producción, separación o utilización de los derivados halógenos de los hidrocarburos grasos, designados por la legislación nacional.
Trastornos patológicos debidos: a) al radio y a otras sustancias radiactivas; b) a los rayos X.	Todas las operaciones que expongan a la acción del radium, de las substancias radiactivas o de los rayos.
Epiteliomas primitivos de la piel.	Todas las operaciones de la manipulación o el empleo de alquitrán, brea, betún, aceites minerales, parafina, o de compuestos, productos o residuos de estas substancias.

El Convenio núm. 121, relativo a las prestaciones en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, tras reiterar que las contingencias cubiertas, cuando se deban a un accidente de trabajo o a una enfermedad profesional, deberán comprender las mismas enumeradas en el art. 32 del Convenio núm. 102, no contiene una definición de enfermedad profesional, pero sí establece la obligación de los estados miembros de llevar a cabo cualquiera de las siguientes opciones relativas a la determinación de las enfermedades profesionales (art. 8):

-Prescribir una lista de enfermedades en la que figuren, por lo menos, las que se enumeran en el cuadro I del Convenio 121 y que sean reconocidas

como enfermedades profesionales cuando sean contraídas en las condiciones descritas.

-Incluir en su legislación una definición general de las enfermedades profesionales, que deberá ser suficientemente amplia para que abarque, por los menos, las enfermedades enumeradas en el cuadro I del Convenio 121.

-Establecer una lista de enfermedades en la que figuren, por lo menos, las que se enumeran en el cuadro I del Convenio 121, añadiendo, además, sea una definición general de enfermedades profesionales 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 de las prescritas[35].

CONVENIO NÚM. 121. CUADRO I. LISTA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES[36]

Enfermedades profesionales	Trabajos que entran el riesgo
1. Neumoconiosis causada por polvos minerales esclerógenos (silicosis, antracosilicosis, asbestosis) y silicosis-tuberculosis siempre que la silicosis sea una causa determinante de incapacidad o muerte.	Todos los trabajos que expongan al riesgo considerado.
2. Bronconeumopatías causadas por el polvo de metales duros.	Id.
3. Enfermedades broncopulmonares causadas por el polvo de algodón (bisinosis), de lino, de cáñamo o de sisal.	Id.
4. Asma profesional causada por agentes sensibilizantes o irritantes reconocidos como tales e inherentes al tipo de trabajo.	Id.
5. Alveolitis alérgicas extrínsecas y sus secuelas causadas por la inhalación de polvos orgánicos, según lo prescrito en la legislación nacional.	Id.
6. Enfermedades causadas por el berilio	Id.

35 Cfr. BLASCO LAHOZ, J.F.: *Enfermedades profesionales*…, cit., págs. 26 y 27.

36 Modificada en 1980.

	(glucinio) o sus compuestos tóxicos.	
7.	Enfermedades causadas por el cadmio o sus compuestos tóxicos.	Id.
8.	Enfermedades causadas por el fósforo o sus compuestos tóxicos.	Id.
9.	Enfermedades causadas por el cromo o sus compuestos tóxicos.	Id.
10.	Enfermedades causadas por manganeso o sus compuestos tóxicos.	Id.
11.	Enfermedades causadas por el arsénico o sus compuestos tóxicos.	Id.
12.	Enfermedades causadas por el mercurio o sus compuestos tóxicos.	Id.
13.	Enfermedades causadas por el plomo o sus compuestos tóxicos.	Id.
14.	Enfermedades causadas por el flúor o sus compuestos tóxicos.	Id.
15.	Enfermedades causadas por el sulfuro de carbono.	Id.
16.	Enfermedades causadas por los derivados halogenados tóxicos de los hidrocarburos alifáticos o aromáticos.	Id.
17.	Enfermedades causadas por el benceno o sus homólogos tóxicos.	Id.
18.	Enfermedades causadas por los derivados nitrados y amínicos tóxicos del benceno o de sus homólogos.	Id.
19.	Enfermedades causadas por la nitroglicerina u otros ésteres del ácido nítrico.	Id.
20.	Enfermedades causadas por los alcoholes, los glicoles o las cetonas.	Id.
21.	Enfermedades causadas por substancias asfixiantes: óxido de carbono, cianuro de hidrógeno o sus derivados tóxicos, hidrógeno sulfurado.	Id.
22.	Afección auditiva causada por el ruído.	Id.
23.	Enfermedades causadas por las vibraciones (afecciones de los tendones, de los huesos, de las	Id.

articulaciones, de los vasos sanguíneos periféricos o de los nervios periféricos).		
24. Enfermedades causadas por el trabajo en aire comprimido.	Id.	
25. Enfermedades causadas por la acción de radiaciones ionizantes.		Id.
26. Enfermedades de la piel causadas por agentes físicos, químicos o biológicos no considerados en otras rubricas.		Id.
27. Epiteliomas primitivos de la piel causados por el alquitrán, brea, betùn, aceites minerales, antraceno o los compuestos, productos o residuos de esas substancias.	Id.	
28. Cáncer de pulmón o mesotelioma causados por el amianto.	Id.	
29. Enfermedades infecciosas o parasitarias contraídas en una actividad que implique un riesgo especial de contaminación.	a) Trabajos en el campo de la sanidad y trabajos de laboratorio; b) Trabajos veterinarios; c) Trabajos de manipulación de animales, de cadáveres o despojos de animales o de mercancías que puedan haber sido contaminadas por animales o por cadáveres o despojos de animales; d) Otros trabajos que impliquen un riesgo especial de contaminación.	

Con fecha 20 de junio de 2002, se adoptó la Recomendación núm. 194, sobre la lista de enfermedades profesionales, en la que se plantea la necesidad de mejorar los procedimientos de identificación, registro y notificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, con el fin de determinar sus causas, establecer medidas preventivas, promover la armonización de los sistemas de registro y notificación y mejorar el proceso de indemnización en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, mediante métodos adecuados a las condiciones y prácticas nacionales y, de ser necesario, por etapas y previa consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores más representativas.

Dicha lista debería cumplir los siguientes objetivos:

a) A los fines de la prevención, registro, notificación e indemnización, incluir por lo menos las enfermedades enumeradas en el cuadro I del Convenio 121, en su forma modificada en 1980.

b) Incluir, en la medida de lo posible, otras enfermedades que figuren en la lista de enfermedades profesionales recogidas en el Anexo de la propia Recomendación;

c) Incluir, en la medida de lo posible, una parte titulada "Presuntas enfermedades profesionales".

LISTA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES (ANEXO RECOMENDACIÓN NÚM. 194).

1. **Enfermedades desglosadas según sus 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 sulfuro 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, hidrógeno sulfurado

1.1.17. Enfermedades causadas por el acrilonitrilo

1.1.18. Enfermedades causadas por los óxidos de nitrógeno

1.1.19. Enfermedades causadas por el 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 causadas por ácidos minerales

1.1.23. Enfermedades causadas por agentes farmacéuticos

1.1.24. Enfermedades causadas por el talio o sus compuestos

1.1.25. Enfermedades causadas por el osmio o sus compuestos

1.1.26. Enfermedades causadas por el selenio o sus compuestos

1.1.27. Enfermedades causadas por el cobre o sus compuestos

1.1.28. Enfermedades causadas por el estaño o sus compuestos

1.1.29. Enfermedades causadas por el zinc o sus compuestos

1.1.30. Enfermedades causadas por el ozono o el fosgeno

1.1.31. Enfermedades causadas por sustancias irritantes: benzoquinona y otras sustancias irritantes de la córnea

1.1.32. Las enfermedades causadas por otros agentes químicos que no se hayan mencionado en la presente numeración (de 1.1.1. a 1.1.31.) y cuando se haya establecido un vínculo entre la exposición de un trabajador a dichos agentes químicos y la enfermedad que adezca el interesado

1.2. Enfermedades causadas por agentes físicos

1.2.1. Afección auditiva causada 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 periféricos 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 causadas por temperaturas extremas (insolación, congelación, etc.)

1.2.8. Enfermedades causadas por otros agentes físicos que no se hayan mencionado en la presente enumeración (de 1.2.1. a 1.2.7.) y cuando se haya establecido un vínculo directo entre la exposición del trabajador a dichos agentes físicos y la enfermedad que padezca el interesado

1.3. Agentes biológicos

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

2. Enfermedades clasificadas según el aparato o sistema afectado

2.1. Enfermedades profesionales del aparato respiratorio

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 (bisinosis), de lino, de cáñamo o de sisal

2.1.4. Asma profesional causado 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. Neumopatías obstruyentes crónicas

2.1.8. Enfermedades pulmonares causadas por el 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. Toda otra enfermedad del aparato respiratorio que no haya sido mencionada en la presente enumeración (de 2.1.1. a 2.1.9.) causada por otros agentes, cuando se haya establecido un vínculo directo entre la exposición del trabajador a dichos agentes y la enfermedad que padezca el interesado

2.2. Enfermedades profesionales de la piel

2.2.1. Enfermedades de la piel causadas por agentes físicos, químicos o biológicos no considerados en otras rúbricas

2.2.2. Vitiligo profesional

2.3. Enfermedades profesionales del sistema osteomuscular

2.3.1. Enfermedades del sistema osteomuscular causadas por determinadas actividades laborales o por el medio ambiente de trabajo en que están presentes factores de riesgo particulares.

Son ejemplo de esas actividades o medio ambiente:

a) movimientos rápidos o repetitivos;

b) esfuerzos excesivos;

c) concentraciones excesivas de fuerzas mecánicas;

d) posturas incómodas o no neutrales;

e) vibraciones

El frío in situ o en el medio ambiente puede incrementar el riesgo

3. **Cáncer profesional**

3.1. Cáncer causado por los agentes siguientes

3.1.1. Amianto o asbesto

3.1.2. Bencidina y sus sales

3.1.3. Eter bisclorometílico

3.1.4. Cromo y compuestos de cromo

3.1.5. Alquitranes de hulla y brea de carbón; hollín

3.1.6. Beta-naftilamina

3.1.7. Cloruro de vinilo

3.1.8. Benceno o sus homólogos tóxicos

3.1.9. Derivados nitrados y amínicos tóxicos del benceno o de sus homólogos

3.1.10. Radiaciones ionizantes

3.1.11. Alquitrán, brea, betún, aceites minerales, antraceno o los compuestos, productos o los residuos de esas sustancias

3.1.12. Emisiones de hornos de coque

3.1.13. Compuestos de níquel

3.1.14. Polvo de madera

3.1.15. Cáncer causado por otros agentes que no se hayan mencionado en la presente enumeración (de 3.1.1. a 3.1.14.), y cuando se haya establecido un vínculo directo entre la exposición del trabajador a dichos agentes y el cáncer que padezca el interesado

4. Otras enfermedades

4.1. Nistagmo de los mineros

5.2. Unión Europea

Los Reglamentos (CEE) núm. 1408/1971, de 14 de junio, "de aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan en el interior de la Comunidad", y núm. 574/1972, de 21 de marzo, "por el que se establece las modalidades de aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad", que desarrolla al anterior, así como el posterior Reglamento (CE) núm. 883/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, "sobre coordinación de los sistemas de seguridad social", recogen diferentes disposiciones declarando su aplicación a las prestaciones derivadas de enfermedades profesionales, pero no llevan a cabo definición alguna de las mismas.

Será en normas no vinculantes, con valor de meras Recomendaciones, donde la Comunidad Europea lleve a cabo su delimitación de las enfermedades profesionales mediante la elaboración de una lista, obviamente de carácter no vinculante para los Estados miembros. La Unión Europea aconseja eliminar los límites imperativos o condiciones limitativas en la definición de los riesgos profesionales y ampliar los efectos protectores de los sistemas de presunción legal o de lista abriendo un derecho más allá de la lista, pero a diferencia de la OIT no deja abierto el portillo a la determinación judicial[37].

Así, la Recomendación 2003/670/CE de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales[38], vino a sustituir a la precedente Recomendación de 1990[39]. La Recomendación

---

37 BLASCO LAHOZ, J.F. y AGUDO DÍAZ, J.: *Nueva regulación de las enfermedades*…, cit., pág. 17.

38 DO L 238/28, de 25 septiembre 2003.

39 Recomendación 90/326/CEE, de 22 mayo, relativa a una nueva lista europea de enfermedades profesionales [DO L 160, de 26 junio 1990], que sustituye la Recomendación de 27 de julio de 1972 que , a su vez, actualizaba la Recomendación de la Comisión de 23 julio 1962 [DO L 190, de 31 agosto 1962].

2003/670/CE recomienda a los Estados miembros la inclusión en sus ordenamientos de la lista de enfermedades cuyo origen profesional se ha reconocido científicamente (incluida en el Anexo I de la Recomendación), recomendando asimismo que se procure incorporar las enfermedades recogidas en el Anexo II, que no figuran en la lista del Anexo I pero cuyo origen y carácter profesional podrían establecerse en el futuro[40]. Dicha Recomendación pide para las enfermedades profesionales el establecimiento de las oportunas medidas de indemnización y prevención, así como procedimientos adecuados de control, información y estadística, en coordinación con el correspondiente sistema sanitario.

6.- Aproximación al cuadro de enfermedades profesionales aprobado por el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre.

6.1. Antecedentes.

En el ámbito interno, se ha señalado que, por aplicación de lo dispuesto en el art. 116 LGSS, para que una enfermedad sea calificada como profesional la misma debe hallarse específicamente relacionada en el correspondiente cuadro reglamentario. El anterior cuadro o lista de enfermedades profesionales fue establecido por el RD 1995/1978, de 12 de mayo –el cual dejó sin efecto el cuadro aprobado por el D. 792/1961, de 3 de abril y sus normas complementarias-, luego modificado por el RD 2821/1981, de 27 de noviembre, para incluir el carbunco. Se trataba de una lista cerrada, de modo que aunque apareciese una enfermedad nueva que tuviese los elementos característicos de la enfermedad profesional, al no estar recogida en el catálogo aprobado únicamente podía ser considerada como accidente de trabajo (en los términos del art. 115.2 LGSS) hasta el momento en que la misma se incluyese en la lista, haciendo uso de las previsiones del artículo 116, al diferir a disposiciones reglamentarias el procedimiento para la inclusión en el cuadro correspondiente de nuevas enfermedades profesionales.

El cuadro se estructuraba en diferentes grupos de enfermedades, concretamente seis, en los que unas veces se describía la patología y en otros se dejaba abierta la deducción de la enfermedad, aunque se citaban los agentes o sustancias que podían causarla y las actividades o trabajos capaces de producirla: A) Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos (1. plomo, 2.mercurio, 3.cadmio… y hasta 43 agentes simples o compuestos

[40] En los Anexos de esta investigación se recoge la lista europea de enfermedades profesionales.

químicos); B) Enfermedades profesionales de la piel, no comprendidas en otros apartados (1. cáncer cutáneo debido al hollín, alquitrán, betún, brea, etc.); C) Enfermedades profesionales provocadas por la inhalación de sustancias no comprendidas en otros apartados (1. neumoconiosis: silicosis, asbestosis, cannabosis, bagazosis, etc. 2. afecciones broncopulmonares por polvos o humos de aluminio, 3. idem debidas a los polvos de metales duros, talco, etc,); D) Enfermedades infecciosas y parasitarias (1.helmintiasis, anquilostomiasis, 2. paludismo, ameabiasis, etc.); E) Enfermedades profesionales producidas por agentes físicos (1. Enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes.2 Catarata producida por la energía radiante. 3. Hipoacusia o sordera provocada por el ruido, etc.); F) Enfermedades sistémicas (1. Distrofia, 2. Carcinoma de pulmón.)

Se ha discutido mucho si el listado de enfermedades profesionales del RD 1995/1978 era un listado cerrado o abierto. La posición mayoritaria se ha decantado por afirmar su carácter cerrado[41], de modo que no era posible modificar el catálogo para incluir una enfermedad que no estuviera en él, si bien es cierto que la lista contenía algunos conceptos genéricos, susceptibles de apreciación judicial o administrativa relativamente amplia (v.gr., las enfermedades de la piel incluían las afecciones cutáneas provocadas en el medio profesional por sustancias no consideradas en otros apartados, y como actividades susceptibles de provocarlas se mencionaba "toda industria o trabajo en el que se entre en contacto con sustancias sólidas o líquidas, polvos, vapores, etc., en cualquier tipo de actividad"). Ahora bien, este carácter tasado no significaba que al listado de enfermedades estuviera petrificado definitivamente, puesto que, conforme a lo previsto en el art. 116.2 LGSS y en el propio RD 1995/1978, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales podía ampliar el catálogo añadiendo otras enfermedades profesionales, previo informe –preceptivo pero no vinculante- del Ministerio de Sanidad y Consumo[42]. Y es que las sustancias, las herramientas, los procesos de fabricación, los métodos de trabajo, que presentan peligros ocupacionales para la salud

---

41 Expresa así la STSJ País Vasco de 13 de octubre de 1994 que "las enfermedades profesionales no comprenden un cuadro abierto, sino que constituyen según la normativa vigente un determinado número de supuestos no ampliable, por regir el sistema de numerus clausus", de conformidad con lo prevenido por el art. 116 LGSS.

42 Así , por Res. de la Secretaría General de la Seg. Social, de 30 de diciembre de 1993, se ha considerado provisionalmente como enfermedad profesional, a todos los efectos, la enfermedad contraída por diversos trabajadores en industrias pertenecientes al sector de aerografía textil de la Comunidad Autónoma Valenciana, también conocida como "Síndrome de Ardystil" o "Neumopatía intersticial difusa", problema que empezó a plantearse a partir de 1989, hasta tanto se determine el agente desencadenante de la misma y se pueda proceder a su definitiva calificación.

evolucionan constantemente, lo cual, dicho sea incidentalmente, exige acometer la prevención de los riesgos laborales en origen desde una óptica interdisciplinar e integrada, máxime cuando los problemas, accidentes y enfermedades profesionales suscitados directamente por el trabajo ya no se circunscriben a la fábrica o la empresa, sino que , debido al asentamiento urbanístico, el transporte, y la naturaleza de los productos que algunas veces se manipulan, el riesgo puede trasladarse al exterior del recinto fabril en forma de contaminación ambiental.

Uno de los defectos del sistema español reiteradamente denunciados era la falta de actualización de la lista de enfermedades profesionales –de hecho, el mismo respondía a la transposición de las listas propuestas por la OIT en 1962 y 1966-, así como su falta de adaptación a las transformaciones tecnológicas y a los fuertes cambios operados en los métodos productivos y a las nuevas sustancias utilizadas en los procesos de producción; de ahí que se viniese recomendando[43] la acomodación de la lista a las nuevas exigencias y a las recomendaciones de los organismos internacionales.

Por su parte, la promulgación de la Recomendación 2003/670/CE, aún sin revestir carácter obligatorio[44], ponía de relieve la necesidad de actualizar la lista española de enfermedades profesionales en el marco diseñado por la nueva estrategia comunitaria de seguridad y salud[45].

En el ámbito interno, la reforma operada por el RD 1299/2006 tiene su origen remoto en los trabajos realizados por la Comisión Nacional de Seguridad y Salud. En el año 1997, esta Comisión (principal órgano de participación institucional en materia de seguridad y salud en el trabajo, y a la vez, órgano de participación de los Agentes Económicos y Sociales) acordó la creación de un Grupo de Trabajo para el estudio del sistema existente en España de recogida, registro y tratamiento de datos relativos a las enfermedades contraídas con ocasión del trabajo para identificar sus principales carencias y señalar

---

43 Por ejemplo, en el denominado "*Informe Durán*", cit.

44 Las Recomendaciones europeas no crean derecho vinculante, no pueden crear derechos invocables ante los jueces nacionales. Los tribunales españoles han declarado que tales recomendaciones no pueden servir de base para ampliar el catálogo de enfermedades profesionales del RD 1995/1978. Si bien el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas ha dictaminado que tales recomendaciones deben ser tenidas en cuenta por los órganos judiciales como criterios interpretativos de otras disposiciones nacionales o comunitarias (STCE 13-12-1989).

45 PANIZO ROBLES, J.A.: "Novedades de Seguridad Social al inicio de 2007", *cit*., pág. 57.

propuestas que lo mejoren. El Grupo de Trabajo de Enfermedades Profesionales elaboró en 1999 un documento de análisis y valoración[46] y entre las conclusiones del mismo, que fueron aprobadas por el pleno de la Comisión Nacional, se destacaba la necesidad de actualizar el cuadro de enfermedades profesionales en vigor y la de adoptar un nuevo sistema de notificación unificado.

En el año 2002 la Administración General del Estado constituyó un Grupo Técnico para la actualización del Cuadro de Enfermedades Profesionales. Se determinó que esta revisión se realizara teniendo en cuenta los trabajos y criterios desarrollados para la elaboración de la nueva recomendación europea de 2003, y con objeto de evitar el reduccionismo que supone limitarse a las enfermedades profesionales clásicas, se propuso ampliar la relación con las incluidas en el Anexo II o lista complementaria. Este grupo elaboró en 2003 un Borrador del nuevo Cuadro de Enfermedades Profesionales[47].

Por lo demás, la necesidad de reformar el cuadro de enfermedades profesionales y el sistema de notificación de las mismas[48] fue puesta manifiesto durante el proceso de reforma en el ámbito del diálogo social. El interés de los agentes sociales y del Gobierno por regular este tema quedó reflejado en la Declaración para el diálogo social de julio de 2004 y, más recientemente, en el Acuerdo sobre medidas en materia de Seguridad Social, suscrito el día 13 de julio de 2006, que constituye el antecedente inmediato del RD 1299/2006. En dicho Acuerdo se recoge, en efecto, el compromiso de aprobar una nueva lista de enfermedades profesionales que, siendo la Recomendación europea sobre enfermedades profesionales de 2003, adecuase la lista vigente en España a la realidad productiva actual, así como a los nuevos procesos productivos y de organización; modificando asimismo el sistema de notificación y registro, con la finalidad de hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración de tales enfermedades[49].

---

[46] Grupo de Trabajo de Enfermedades Profesionales de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo: Estudio del Sistema de Información de Enfermedades Profesionales. Madrid, Septiembre de 1999.

[47] Disponible en http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/6_2.pdf

[48] La necesidad de reformar el sistema de notificación y registro de la enfermedad profesional ya estaba anunciada en el art. 6 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

[49] La Recomendación europea de 2003 es consciente de la situación de subdeclaración o de infradeclaración de enfermedades profesionales, alertando a los Estados miembros para que corrijan

A tales finalidades de dirige el RD 1299/2006, de 10 de noviembre, mediante el que se aprueba el nuevo cuadro de enfermedades profesionales[50], al tiempo que se dictan reglas para la actualización de la misma y para la declaración y notificación de tales enfermedades, evitando o reduciendo la incidencia de la infradeclaración, en línea con las recomendaciones europeas y de la OIT.

6.2. Principales aportaciones del nuevo cuadro de enfermedades profesionales.

Como novedades más relevantes del nuevo cuadro de enfermedades profesionales aprobado a finales de 2006 pueden destacarse las siguientes[51]:

1ª) En primer lugar, el cuadro de enfermedades profesionales que se incorpora a la legislación con el Real Decreto 1299/2006 presenta como novedad la incorporación del sistema de doble lista de la normativa comunitaria -aunque sus contenidos no sean coincidentes-, con la virtualidad que ello comporta, pues se amplía la lista original. Las enfermedades aparecen distribuidas en dos anexos: en el anexo 1 se comprenden las enfermedades profesionales propiamente dichas, y en el anexo 2 aquellas enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y que en un futuro podrían pasar a engrosar la primera lista.

2ª) En cuanto al criterio de sistematización de las enfermedades profesionales, a diferencia del anterior cuadro que mezclaba los criterios del agente o sustancia y el tipo de enfermedad, en el nuevo cuadro prima el criterio del agente causante, prescindiendo de la descripción de la patología, si bien en algunos grupos (especialmente en los grupos 4 y 5) sí se procede a su denominación particularizada.

3ª) Otra de las novedades importantes que introduce el RD 1299/2006 se refiere a la actualización del citado cuadro, que se puede realizar a través de

---

dicha situación, garantizando la declaración de todos los casos de enfermedades profesionales, ajustándose a los criterios de armonización de estadísticas europeas.

50 Con vigencia desde el 1 de enero de 2007, conforme dispone la disposición final 3ª del RD 1299/2006.

51 Una síntesis de estas novedades puede verse en MORENO CÁLIZ, S.: "Análisis de la reforma de las enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias", en *Tribuna Social*, nº 203, 2007, págs. 16 y ss.; IGARTÚA MIRÓ, Mª. T.: "La nueva lista de enfermedades…", *cit.*, págs. 2695 y 2696.

una doble vía, una más rápida que otra, y que condiciona la consideración del sistema de lista como sistema abierto, cerrado o mixto.

4ª) En cuarto lugar, hay que resaltar algunas innovaciones importantes que suponen cierto avance pues van a propiciar la inclusión de muchos trastornos, enormemente frecuentes en la práctica, en especial en determinadas profesiones, que hasta ahora únicamente podían ser calificados como enfermedad común o como enfermedad derivada del trabajo, por hallarse excluidos de la lista. Entre ellos, y sin ánimo de ser exhaustivos, determinados trastornos músculo-esqueléticos y enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo o los nódulos de las cuerdas vocales a causa de esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales, algo especialmente reclamado desde el colectivo de los profesionales de la enseñanza. Todos ellos incluidos en el grupo 2 (enfermedades causadas por agentes físicos).

5ª) En quinto y último lugar, el RD 1299/2006 unifica el cuadro de enfermedades profesionales aplicable en los distintos regímenes de seguridad social, acabando con la sectorialización reguladora que suponía la existencia de un cuadro específico de enfermedades profesionales para el Régimen Especial Agrario, de aplicación exclusiva a los sujetos incluidos en dicho régimen y fijado tanto en el anexo del Decreto 3772/1972, de 23 de diciembre, como en sus precedentes[52].

6.3. Contenido del nuevo cuadro de enfermedades profesionales.

- El Anexo 1 del RD 1299/2006 recoge la codificación de enfermedades profesionales, clasificándolas en los siguientes grupos[53]:

---

[52] En este listado autónomo se recogían hasta once enfermedades profesionales, agrupadas según el tipo de agente enfermante, estableciendo cuatro grupos, a saber: 1) enfermedades causadas por metales: por el plomo y sus derivados, por el mercurio, sus amalgamas y sus compuestos, y por el manganeso y sus compuestos; 2) enfermedades causadas por metaloides: por el fósforo y sus compuestos, por el arsénico y sus compuestos, por el flúor y sus compuestos y por el ácido sulfídrico; 3) enfermedades causadas por agentes animados: enfermedades transmitidas por animales (carbunco, tétanos, leptospirosis, brucelosis, turalemia, toxoplasmosis, tuberculosis bovina) y enfermedades parasitarias (anquilostomiasis, anguillusis, paludismo, etc.); 4) enfermedades causadas por agentes físicos: cannabosis y bagazosis y dermatosis profesionales.

[53] Puede consultarse el cuadro de enfermedades profesionales del RD 1299/2006 en el Anexo I de esta investigación

Un análisis comparativo del cuadro de enfermedades profesionales instaurado por el RD 1299/2006 y sus diferencias con el cuadro aprobado por el RD 1995/1978, en LANTARÓN BARQUÍN, D.: "Cuadro de enfermedades profesionales…", cit., pág. 420 y ss.

-Grupo 1: Enfermedades profesionales causas por agentes químicos.

-Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

-Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

-Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados.

-Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en ninguno de los otros apartados.

-Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

Dentro de cada Grupo de enfermedades profesionales se consigna el agente o elemento susceptibles de provocar la enfermedad y las principales actividades capaces de producirla relacionadas con aquellos. Como se apuntó, en el sistema actual queda clara la conexión y relación entre agente y actividad, pero en la mayoría de los casos no se describe la enfermedad. Salvo para algunas enfermedades de los grupos 4 y 5, no se ha incluido una tercera columna –que sí establecía el borrador inicial de 2005[54]- relativa a la patología, si bien esta ausencia queda, en cierto modo, subsanada por la Disposición final primera del nuevo reglamento, que insta a los órganos técnicos de los Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales (ahora de Inmigración) y de Sanidad y Consumo para que elaboren una guía de los síntomas y patologías relacionados con el agente causante de la enfermedad profesional, que sirva como fuente de información y ayuda para su diagnóstico, guías que habrán de sustituir aquellas disposiciones reglamentarias, dictadas en su día para complementar al Decreto de 1961, y que venían siendo utilizadas en la praxis judicial[55].

En consecuencia, el cuadro de enfermedades profesionales al que remite el art. 116 LGSS es en la actualidad el recogido en el anexo 1 del RD

---

[54] Nos referimos al primer borrador realizado por el subgrupo técnico sobre la actualización de la lista española de enfermedades profesionales.

[55] Ordenes Ministeriales de 12 enero 1963 y 15 diciembre 1965, por las que se aprueban las normas reglamentarias de carácter médico por las que se han de regir los reconocimientos, diagnósticos y calificación de las enfermedades profesionales (BOE de 13 marzo 1963 y 17 enero 1966), cuya vigencia es muy discutible tras la derogación del Decreto 792/1961 por el RD 1995/1978 .

1299/2006, cuya aparición provoca, entre otros afectos, las medidas reparadoras y prestacionales previstas en el ordenamiento de la Seguridad Social.

- El Anexo 2 recoge, de forma novedosa, una lista complementaria de enfermedades, cuyo origen profesional se sospecha, y cuya inclusión en el Anexo 1 podría contemplarse en el futuro. Las enfermedades se clasifican en los mismos seis Grupos del Anexo 1, sin indicar las actividades capaces de producirlas, pero que mientras no se incluyan en el Anexo 1 no pueden dar lugar a las prestaciones y actuaciones contempladas en la Seguridad Social para las enfermedades profesionales, sin perjuicio de que puedan encajarse –y su inclusión en esta lista debería eximirlas de la prueba del nexo causal- en las denominadas "*enfermedades del trabajo*".

6.4. Actualización de la lista de enfermedades profesionales.

Una de los defectos que se ha imputado al sistema de lista es su rápida desactualización debido a los avances considerables que se producen en los sistemas productivos, con la consiguiente introducción de nuevos elementos y sustancias, al propio tiempo que las investigaciones y el progreso en el ámbito científico y en el de la medicina permiten un mejor conocimiento de los mecanismos de aparición de algunas enfermedades profesionales y de su vinculación con el trabajo.

El artículo 116.2 LGSS establece que las disposiciones reglamentarias que aprueben el cuadro de enfermedades profesionales regularán el procedimiento que haya de observarse para la inclusión en dicho cuadro de nuevas enfermedades profesionales que se estiman deban ser incorporadas al mismo, procedimiento que comprenderá, en todo caso, como trámite preceptivo, el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Siguiendo el precedente del RD 1995/1978, en el art. 2º del RD 1299/2006 se prevé la actualización del cuadro de enfermedades profesionales, pero con la importante novedad de que dicha actualización puede producirse a través de una doble vía:

-Por un lado, se mantiene el procedimiento de modificación por la autoridad administrativa, que ya contemplaba el sistema anterior[56], atribuyendo la potestad al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (ahora de Trabajo e Inmigración) pero con la novedad de que se requiere, además del informe previo del Ministerio de Sanidad y Consumo previsto en el art. 116.2 LGSS, el informe previo de un órgano técnico, la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, dotándose con ello de mayor certeza y fiabilidad al sistema. Además, se concreta que los informes técnicos en los que se basa la modificación debe ser realizada por una comisión técnica conjunta del Ministerio de Trabajo e Inmigración y del Ministerio de Sanidad y Consumo.

-Por otro lado, se establece que las enfermedades no incluidas en el anexo 1 que sean incorporadas como enfermedades profesionales a la lista europea, serán objeto de inclusión por el Ministerio de Trabajo e Inmigración en el cuadro de enfermedades profesionales, previo informe del Ministerio de Sanidad y Consumo. Con ello se pretende que la lista de enfermedades profesionales se vaya actualizando a medida que lo hace la lista europea, si bien el automatismo de la actualización no es absoluto porque, en todo caso, son precisos el acto de inclusión por decisión formal del Ministerio de Trabajo e Inmigración (si bien debe entenderse que la inclusión es obligada) y el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En ambos casos, parece razonable entender que las enfermedades con mayores posibilidades de incorporarse en un futuro no muy lejano a la lista de enfermedades profesionales (comunitaria y estatal) son las recogidas en la lista complementaria que contemplan tanto la Recomendación comunitaria de 2003 como el RD 1299/2006.

6.5. Valoración.

La valoración que corresponde efectuar de la reforma del cuadro de enfermedades profesionales por el RD 1299/2006 es, en general, positiva, por su adaptación a la normativa comunitaria en este tema y por el considerable esfuerzo de actualización, racionalización y sistematización de la nueva norma reglamentaria. Es indiscutible que la redacción de la nueva lista es más clara y

---

56 El art. 2º del RD 1995/1978 establecía que el Ministerio de Sanidad y Seguridad podría modificar el cuadro de enfermedades profesionales incluido en su anexo, previos los informes que estimase procedentes.

beneficiosa que la de 1978 por su extensión a nuevos agentes y su conexión con más trabajos y actividades[57].

Con todo, hay algunos puntos de la misma que no quedan del todo claros y aspectos que resultan directamente criticables.

Así, por comenzar con los primeros, no es evidente el valor jurídico que pueda tener la lista del anexo 2, complementaria de la lista del anexo 1, el cual queda sin especificar en el reglamento, ya que el Gobierno copia el anexo 2 de la Recomendación comunitaria, pero no concreta si estas enfermedades pueden llegar a ser calificadas como profesionales, si se prueba la causalidad directa e inmediata entre actividad o trabajo desarrollado y el agente en cuestión. O dicho de otro modo, en el supuesto de diagnóstico de una patología incluida en alguno de los seis grupos que recoge el anexo, cabe preguntarse si esa sospecha, reconocida oficialmente, del origen profesional de la misma, puede confirmarse a través del desarrollo de una prueba y, por tanto, brindar al trabajador, víctima de una patología de este anexo, no la protección propia de una enfermedad del trabajo, es decir, la de un accidente laboral, sino la protección correspondiente a la enfermedad profesional. O si, por el contrario, nos encontramos ante una mera indicación u orientación a tener en cuenta para las futuras revisiones del cuadro de enfermedades profesionales que figura como anexo 1 del RD 1299/2006, por parte de quienes tienen reconocida competencia para actualizar dicho cuadro, y, por tanto, sin valor en el presente.

Los comentaristas más autorizados de la reforma han excluido que pueda procederse al reconocimiento o calificación de una enfermedad profesional cuando, sin estar incluida en el anexo 1, se pruebe la conexión entre la enfermedad –catalogada en el anexo 2- y el trabajo o actividad desarrollada[58], pues ello iría en contra de lo dispuesto en la LGSS, art. 115.2.e) –que califica la enfermedad causada por el trabajo, de forma directa y exclusiva, como accidente de trabajo- y art. 116.2 LGSS –que exige que la modificación esté respaldada por un informe previo, en el que con carácter técnico se establecerá esa relación de causalidad entre patología y trabajo, que determinará, a la postre, su inclusión en el anexo 1- .

---

57 MORENO CÁLIZ, S.: "Análisis de la reforma de las enfermedades profesionales…", cit., pág.

58 MORENO CÁLIZ, S.: "Análisis de la reforma…", *cit.*, pág. 26.

Con todo, el diagnóstico de una enfermedad de las incluidas en el anexo 2 del RD 1299/2006 ha de surtir algunos efectos; fundamentalmente dos:

-Facilitar la prueba del nexo causal, a efectos de calificar la enfermedad como accidente de trabajo, a partir de la existencia de una confirmación oficial de la sospecha de su origen profesional.

-Partiendo de la obligación que se impone en el art. 5 del RD 1299/2006 a los facultativos del Sistema Nacional de Salud y del servicio de prevención de comunicar a la entidad gestora la existencia de una enfermedad profesional (incluida en el anexo 1) o de una enfermedad sospechosa de ser profesional (anexo 2), a efectos de su calificación, y, en su caso, a la entidad que asuma la protección de las contingencias profesionales, a los efectos de las correspondientes medidas reparadoras; y como quiera que solamente pueden calificarse las enfermedades del anexo 1, porque las del anexo 2 no son "verdaderas" enfermedades profesionales, aunque pueden llegar a serlo, parece obvio que el efecto de dicha comunicación, cuando sea relevante el número de casos comunicado, será la puesta en marcha por la entidad gestora del procedimiento que permita configurar el informe científico que soporte la propuesta de modificación/ampliación del vigente cuadro de enfermedades profesionales.

En fin, en la nueva lista se aprecia, a nuestro entender, un excesivo apego a la "industria", a los procesos industriales, a los elementos y sustancias que, lógicamente, tienen una notable importancia en este ámbito, pero se prescinde de otros procesos productivos, de muchas actividades en el ámbito de los servicios y de las dolencias relacionadas con la organización y la carga del trabajo, entre otras. En particular, resulta clamoroso y completamente injustificado el mutismo absoluto de la nueva lista en relación con los riesgos psicosociales (acoso laboral y sexual, estrés laboral, síndrome del quemado, etc.), cada vez más presentes en las modernas organizaciones productivas e inherentes a ciertas prestaciones de trabajo (profesionales de la sanidad, la enseñanza, etc.), los cuales no se contemplan, ni siquiera, en el anexo 2. Silencio éste que pugna con el protagonismo creciente que la tutela preventiva está cobrando en relación a los mismos[59] - y ello pese a las carencias que

[59] Sobre el tema, cfr. CAVAS MARTÍNEZ, F.: "Derecho de la prevención y nuevos riesgos psicosociales", *Aranzadi Social*, nº 18, 2005, BIB 2005/2644, págs. 1 y ss. También MARTÍN CHAPARRO, M.P., VERA MARTÍNEZ, J,J., CANO LOZANO, M.C. y MOLINA NAVARRETE, C., "Nuevos retos de las políticas de salud laboral en las organizaciones de trabajo: una aproximación al estrés laboral y al burnout en clave psicosocial", *Temas Laboral*, nº 75/2004, págs. 187 y ss.

presenta el texto de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales- y con la apreciación de su relación de causalidad con el trabajo en la doctrina de suplicación[60].

III.- CALIFICACIÓN Y NOTIFICACIÓN

1. Calificación

Frente a la parquedad del RD 1995/1978, en el RD 1299/2006 se regula el procedimiento de calificación de la enfermedad profesional, en el ámbito de la Seguridad Social, situando esa competencia en el INSS, en base a las previsiones contenidas en el RD 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del Sistema de la Seguridad Social, y en sus normas de desarrollo –como la Orden del MTAS de 18 de enero de 1996-, sin perjuicio de que la Mutua que haya asumido la protección de las contingencias profesionales del trabajador afectado por la enfermedad pueda tramitar estas enfermedades. La competencia del INSS se extiende a la determinación del carácter profesional de las enfermedades profesionales respecto de los trabajadores que no se encuentren en situación de alta.

2. Comunicación de la enfermedad profesional

Si hasta el RD 1299/2006 los partes de enfermedades profesionales eran cumplimentados y tramitados por las empresas[61], lo que podría estar dando lugar a la infradeclaración de este tipo de enfermedades, en la nueva regulación es la Entidad Gestora o colaboradora que asuma la protección de las contingencias profesionales la que ha de elaborar y tramitar el parte de

---

60 Puede consultarse una selección de pronunciamientos judiciales calificando como accidentes de trabajo las consecuencias lesivas para la salud de estas enfermedades psicosociales que se desenvuelven en el ambiente de trabajo, en IGARTÚA MIRÓ, Mª.T., "La nueva lista de enfermedades profesionales…", cit., págs. 2700 y ss.

61 En la regulación anterior, la empresa debía confeccionar por cuadruplicado ejemplar el parte de enfermedad profesional, haciendo constar la información que contenía el artículo 22 de la Orden de 22 de enero de 1973. Dos de esos ejemplares debían ser remitidos, dentro de los tres días siguientes a la fecha en que se hubiera realizado el diagnóstico de la enfermedad, a la Mutua o a la Entidad Gestora con la que tuviera concertada la protección de las contingencias profesionales; el tercer ejemplar era entregado al trabajador o a sus familiares y el cuarto era conservado por la empresa como justificante. Aquellas entidades debían remitir uno de los dos ejemplares del parte de enfermedad profesional dentro de las veinticuatro horas siguientes a la Dirección Provincial de Trabajo. Si la empresa colaboraba voluntariamente en la gestión de la IT por contingencias profesionales, había de remitir, dentro de los mismos plazos, un parte a la Dirección Provincial de Trabajo (autoridad laboral integrada en las Delegaciones de Gobierno), para su sellado. En este caso, al INSS o la Mutua sólo se enviaba un parte.

enfermedad profesional correspondiente, obligación que es compatible con el deber de las empresas o de los trabajadores por cuenta propia que dispongan de cobertura por contingencias profesionales de facilitar a aquellas la información que obre en su poder y les sea requerida para la elaboración de dicho parte[62].

A tal efecto, la disposición adicional 1ª del RD 1299/2006 prevé que el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ha de aprobar el nuevo modelo de parte de enfermedad profesional, regulando de igual modo el procedimiento para su tramitación y transmisión por medios electrónicos[63]. Asimismo, se procede a la creación de una unidad administrativa, dentro de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, encargada de recoger y analizar la documentación relativa a las enfermedades profesionales (disposición adicional 2ª). No obstante, el análisis e investigación no queda reservado a esta unidad, ya que se contempla la participación de los órganos técnicos de los Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales y de Sanidad y Consumo y los organismos competentes de las Comunidades Autónomas, autorizadas a colaborar en esta tarea.

Respecto a la comunicación de la enfermedad profesional, se introduce en el nuevo reglamento una novedad significativa, consistente en atribuir a los facultativos del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de prevención la obligación de comunicar la existencia de una enfermedad que pudiera ser calificada como profesional (del anexo 1 o 2). Esta comunicación se llevará a cabo cuando en el desarrollo de sus actuaciones profesionales tengan conocimiento de una posible enfermedad profesional. La comunicación tiene

---

62 Todo ello sin perjuicio de las obligaciones empresariales derivadas de lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

63 Las previsiones del Real Decreto 1299/2006 han sido desarrolladas por la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales. Para hacer operativa la transmisión electrónica del nuevo parte de enfermedad profesional, la Orden TAS/1/2007 procede a la aprobación de los programas y aplicaciones que hacen posible dicha comunicación a través de la aplicación CEPROSS.

En la misma dirección, la Resolución de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, de 19 de septiembre de 2007 (BOE de 22 de septiembre de 2007), ordena que todos los expedientes de incapacidad temporal y de muerte y supervivencia en los que, a pesar de existir indicios de la existencia de una enfermedad profesional, la Mutua haya concluido los mismos sin tener en cuenta esta contingencia, han de ser remitidos por la entidad colaboradora al INSS, con la finalidad de que por la entidad gestora se determine la contingencia, entre otras circunstancias, para anticiparse a la eventual presentación de una reclamación previa por parte de los interesados, al amparo del artículo 71 de la Ley de Procedimiento Laboral.

como destinatario la entidad gestora, a efectos de calificación de la enfermedad, y no se realizará directamente sino a través del organismo competente de cada Comunidad Autónoma o de las ciudades con Estatuto de Autonomía (Ceuta y Melilla). En su caso, la comunicación se dirigirá también a la entidad que asuma la protección de las contingencias profesionales, a los efectos de las correspondientes medidas reparadoras.

IV.- PARTICULARIDADES DE LA PROTECCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES: ENTRE LA PREVENCIÓN Y LA REPARACIÓN.

1.- Efectos compartidos con el Accidente de Trabajo.

Los riesgos profesionales, accidente de trabajo y enfermedad profesional, han tenido un tratamiento especial en el ámbito de protección de la Seguridad Social, que se traduce en una mayor protección para los trabajadores.

Esta protección reforzada se manifiesta en aspectos comunes a ambos riesgos, y se complementa desde luego con la normativa de prevención de riesgos laborales. Las especialidades, esbozadas al inicio de este trabajo, se pueden resumir en los siguientes puntos:

- La consideración de alta de pleno derecho.

- En incapacidad temporal nace el derecho desde el día siguiente al de la baja en el trabajo, estando a cargo del empresario el salario íntegro correspondiente al día de la baja, en el caso de los trabajadores por cuenta ajena.

- Inexigibilidad de período de carencia para acceder a las prestaciones.

-Cálculo de las prestaciones utilizando bases reguladoras más cuantiosas.

- Responsabilidades civiles, penales y administrativas y recargos por falta de medidas de seguridad.

Pero existen otras medidas de protección que son específicas de la enfermedad profesional, y que en buena medida tienen carácter preventivo, aunque también sanitario: períodos de observación, traslado a puestos de trabajo exentos de riesgo, normas particulares sobre incapacidad permanente, etc.

Antes de examinar estas particularidades, importa hacer dos precisiones:

a) Si el convenio colectivo prevé la obligación para las empresas de concertar un seguro colectivo de vida y accidentes, entendiendo por tales tanto los comunes como los profesionales, sin incluir expresamente la enfermedad profesional, ésta no queda protegida a efectos de devengar la correspondiente mejora voluntaria[64].

b) Tras la modificación del art. 87.3 LGSS por la Ley 51/2007, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2008, las Mutuas vienen obligadas a capitalizar también el coste de las pensiones por incapacidad permanente, muerte y supervivencia, derivadas de enfermedades profesionales[65].

2.- Período de observación [LGSS/1994, art. 128.1.b y 133.1; D. 3158/1966, art. 9; OM 13-6-1967, art. 15; RD 1300/1995, art. 1.1.c y 3.1.g; OM 18-1-1996, disp. adic. 2ª].

Para establecer el diagnóstico definitivo sobre la enfermedad puede ser necesario realizar un estudio médico previo. Ese estudio médico se realiza durante el período de observación, durante el cual el trabajador puede continuar con la prestación laboral o puede ser necesario darlo de baja; si

---

64 SSTS 15 (2) mayo 2000 (RJ 2000, 7164 y 7165; Sala General), abandonando expresamente la doctrina contenida en SSTS 19 julio 1991 (RJ 1991, 6836); 25 septiembre 1991 (RJ 1991, 8653); 28 enero 1992 (RJ 1992, 130); 4 junio 1992 (RJ 1992, 4785); 7 y 15 julio 1992 (RJ 1992, 5587 y 5622); 24 y 25 (2) septiembre 1992 (RJ 1992, 6810, 6812 y 6813); 5 y 25 noviembre 1992 (RJ 1992, 8783 y 8835) y 9 febrero 1994 (RJ 1994, 822), en las que el Tribunal Supremo sostuvo que cuando se suscribe, en cumplimiento de lo pactado por convenio colectivo, póliza de seguros previendo el abono de determinadas indemnizaciones por el acaecimiento de contingencias originadas por accidente, había de entenderse que también se abonarían si obedecen a accidente de trabajo o enfermedad profesional .

Aplican su doctrina las SSTS 28 septiembre 2000 (RJ 2000, 8288); 13 octubre 2003 (RJ 2003, 7743); 20 octubre 2003 (RJ 2003, 7587).

65 Hasta esa modificación, la capitalización sólo operaba con carácter obligatorio respecto de las pensiones originadas por un accidente de trabajo; para las derivadas de enfermedad profesional, la capitalización era opcional, en los términos establecidos en la Orden TAS/4054/2005, cuya disposición adicional 1ª previó que la contribución asignada a tales entidades para hacer frente, en régimen de compensación, a las prestaciones derivadas de enfermedades profesionales distintas de las correspondientes a la situación de incapacidad temporal, podía ser sustituida por el ingreso del capital coste correspondiente de la pensión u otra prestación económica de carácter periódico. Para compensar los gastos de la capitalización de las enfermedades profesionales, en el caso de opción por parte de la Mutua en favor de dicha capitalización, se reducía la aportación de la misma a los Servicios Comunes de la Seguridad Social, en los términos que estableciera la normativa sobre cotización y liquidación de otros derechos de la Seguridad Social .

requiere baja en el trabajo, el período de observación se asimila a una incapacidad temporal. El período de observación tendrá una duración máxima de 6 meses, prorrogables por otros seis meses a decisión del INSS, durante el cual el trabajador percibe el 75% de su salario regulador.

Al término del período de observación (máximo un año), el trabajador pasará a la situación que proceda de acuerdo con su estado. Esta situación podrá consistir en alta por curación, en el pase a situación de Incapacidad Temporal si no puede proseguir su trabajo durante algún tiempo, computándose el período de observación a efectos de duración de la misma, o en la calificación del grado de invalidez permanente que proceda.

3.- Reconocimientos médicos (arts. 196 y 197 LGSS/1994).

En el ámbito de la prevención de las enfermedades profesionales juegan un papel decisivo los reconocimientos médicos.

El empresario está obligado a practicar un reconocimiento médico previo a la admisión de los trabajadores para cubrir puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales, así como a realizar después los reconocimientos periódicos que para cada enfermedad se establezcan en las normas que al efecto dicte el MTAS.

Las empresas no pueden contratar a trabajadores que no hayan superado el reconocimiento, ni permitir la continuación en su puesto de trabajo a aquellos trabajadores a los que se hubiese detectado algún tipo de ineptitud en los reconocimientos periódicos.

Hay normas que imponen reconocimientos médicos específicos cuando se esté sometido a riesgos concretos.

En el ámbito de la industria extractiva, las obligaciones que deben cumplir las empresas en relación con la vigilancia de la salud de los trabajadores que ocupan puestos de trabajo con riesgo de **silicosis** se contemplan en la O. 2585/2007, de 30 de agosto (RCL 2007, 1668). En ella se regulan tanto los reconocimientos médicos previos que deben realizarse para acceder por primera vez a un puesto de trabajo expuesto al riego, como los periódicos a realizar con posterioridad. Se contempla la prohibición de contratar trabajadores que no hayan sido declarados aptos, las causas de inaptitud y el contenido mínimo de los reconocimientos médicos.

Ténganse en cuenta también las previsiones de la LPRL, concretamente de su art. 22, sobre obligación del empresario de vigilar periódicamente el

estado de salud de los trabajadores, en función de los riesgos inherentes al trabajo.

El incumplimiento por la empresa de la realización de los preceptivos reconocimientos, iniciales y sucesivos, a los trabajadores, constituye una infracción grave en materia de prevención de riesgos laborales, que puede ser sancionada con multa de hasta 40.985 euros [arts. 12.2 y 40.2.a) TRLISOS].

Además, la empresa incumplidora será responsable directa de todas las prestaciones que puedan derivarse de la enfermedad profesional, incluido el recargo de prestaciones económicas, de un 30 a un 50%, previsto en el art. 123 LGSS.

Asimismo, se ha reconocido la existencia de responsabilidad civil, con derecho a una indemnización de daños y perjuicios, cuando el empresario no haya efectuado los reconocimientos médicos a los trabajadores antes de iniciar su relación laboral y no les haya informado de las características del puesto de trabajo cuyo desempeño provoca una situación de enfermedad profesional (STSJ Cataluña 6 julio 1999 [AS 1999, 3140]).

Por su parte, la Mutua o, en su caso, la entidad gestora están obligadas a conocer y anotar que se han practicado los reconocimientos médicos. En caso de incumplimiento de esta obligación por la mutua, se le impondrá como sanción el pago de una cantidad igual al monto de la responsabilidad empresarial y de todas las primas que haya recibido de la empresa en cuestión, con un recargo que podrá llegar al 100 por 100 de dicho importe, aparte de que, en caso de reincidencia, se puede anular a la Mutua la autorización para colaborar en la gestión.

4.- Traslado o cambio de puesto de trabajo.

Si como consecuencia de los reconocimientos médicos se descubre algún síntoma de enfermedad profesional, que no constituya incapacidad temporal, pero cuya progresión o recaída (caso de enfermo profesional curado después del tratamiento oportuno) sea posible evitar mediante el traslado a otro puesto de trabajo exento de riesgo, se deberá llevar a cabo éste dentro de la empresa.

En este caso, la LGSS, art. 133, arbitra la solución de su traslado a otro puesto de trabajo exento de riesgo, conservando remuneración si la del nuevo puesto fuera inferior, menos las retribuciones ligadas a la producción que

fueran exclusivas del puesto de procedencia (OM de 1962, art. 45). Los médicos que descubran esta situación decidirán si el cambio es temporal o definitivo.

Recientemente, la Ley 2/2008, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2009, ha incluido en su disposición adicional sexta una reducción en la cotización a la Seguridad Social en los supuestos de cambio de puesto de trabajo por riesgo durante el embarazo, riesgo durante la lactancia natural, así como en los supuestos de enfermedad profesional. En este caso, la reducción será del 50 por ciento de la aportación empresarial por contingencias comunes, con cargo a los Presupuestos de la Seguridad Social, y será aplicable, en los términos y condiciones que reglamentariamente se determinen, en aquellos casos en los que, por razón de enfermedad profesional, se produzca un cambio de puesto de trabajo en la misma empresa, o el desempeño, en otra distinta, de un puesto de trabajo compatible con el estado del trabajador.

En el supuesto de que en el centro de trabajo, o en los restantes de la empresa, no exista puesto sin riesgo (según apreciación del propio empresario y previa conformidad de la Inspección de Trabajo), el trabajador causará baja en la empresa, siendo inscrito con carácter preferente para ser empleado en la Oficina de Empleo. En esta situación (baja por imposibilidad de traslado), el trabajador tiene derecho a un subsidio consistente en su salario íntegro, durante un período máximo de doce meses, a cargo de la empresa; si trascurrido este plazo persiste en la situación de desempleo, cobrará el subsidio durante otros seis meses a cargo del INSS como subrogado en las competencias del extinguido Fondo Compensador.

El mencionado subsidio cesa si la oficina de empleo ofrece al trabajador un puesto adecuado a su categoría profesional. En caso de discrepancia resolverá la Inspección de Trabajo.

Si transcurridos los 18 meses anteriores no hubiese encontrado empleo, en enfermo profesional recibe con cargo al régimen de desempleo 6 meses más, prorrogables por otros seis, como máximo, de prestación equivalente al salario íntegro. Para tener derecho a ella está obligado a inscribirse en un curso de formación intensiva profesional, dentro de los tres primeros meses de dicho período, siendo compatible la prestación, a cargo del seguro de desempleo, con la beca o salario de estímulo que pueda percibir durante el curso.

En el caso de que no estemos ante un mero síntoma de la enfermedad, sino ante una enfermedad profesional plenamente instaurada, permanente y previsiblemente definitiva, cuyas resultas incapacitantes no puedan ser obviadas con un simple cambio de puesto de trabajo, lo que procede es declarar una incapacidad permanente total.

La misma solución de adoptará en el caso de que el agente nocivo que genera la enfermedad profesional esté extendido en el ámbito de trabajo del enfermo (no sólo en su concreto puesto, sino en toda la actividad), con lo que el cambio de puesto no permitirá resolver el problema.

Se reconocen por los tribunales varios casos en los que es imposible o inútil el cambio a otro puesto de trabajo de la misma categoría pero exento de riesgo, por lo que se ha declarar la incapacidad permanente total. Así, por ejemplo, el caso del empleado en una explotación cría de visones, mozo de alimentación y cuidado de visones con una enfermedad asmática por alergia a los mismos (STSJ Cantabria, de 12-11-1991, Ar. 6012); o el caso del oficial de la construcción que padece dermatitis alérgica por el comento y el hormigón (STS 27-6-1994, Ar. 5490). En todos estos casos, existe una incompatibilidad específica entre el ejercicio de la profesión habitual y el estado de salud del enfermo.

5.- Prestaciones por incapacidad, muerte y supervivencia.

5.1. Inicio de las prestaciones de incapacidad.

A los efectos del devengo de las prestaciones por incapacidad permanente (IP) derivada de enfermedad profesional, se plantea a menudo el problema de determinar la fecha del hecho causante de la prestación dado que la enfermedad tiene una evolución lenta y no siempre es fácil fijar su fecha de inicio. A tal efecto, se prevé que si el trabajador se encuentra al servicio activo de una empresa en el momento de declaración de la IP, la fecha inicial será, para la prestación, la del cese, o la día siguiente a la terminación de la situación de incapacidad temporal previa en su caso (Regl . General de Prestaciones; OM de 1969; STS 16-12-1997, Ar. 9185). Si no está contratado por ninguna empresa, la fecha inicial será la del reconocimiento médico oficial en la que se detecta la dolencia que da lugar a la declaración de incapacidad.

5.2. Presunción en las prestaciones por muerte y supervivencia.

Nuestra LGSS (art. 172. 2) establece la presunción *iuris et de iure* de que cuando un incapacitado absoluto o gran inválido por accidente de trabajo o enfermedad profesional fallece, la muerte también se ha debido a accidente de trabajo o a la enfermedad profesional que provocó la incapacidad. En los restantes casos, deberá probarse que la muerte se ha debido al accidente de trabajo o enfermedad profesional, siempre que se haya producido dentro de los cinco años siguientes a la fecha del accidente (pasados los 5 años no es posible la prueba, presumiéndose *iuris et de iure* que la muerte se debió a causa común). En cambio, en caso de enfermedad profesional, siempre es posible tal prueba, aunque hayan pasado los 5 años.

CAPÍTULO II

EVOLUCIÓN Y CONCRECIÓN LEGAL DE LA NOCIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

Guillermo Rodríguez Iniesta

Profesor Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social

Universidad de Murcia

Sumario: I. ANTECEDENTES: ETAPAS EN LA PROTECCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES. 1 Primera Etapa: Aplicación extensiva de la legislación de accidentes de trabajo. 2 Los intentos de una legislación específica. 3 Las primeras manifestaciones de una legislación específica. 3.1 La Orden de 7 de marzo de 1941. El Decreto de 3 de septiembre de 1941. 4 La implantación progresiva de un Seguro de Enfermedades Profesionales. 4.1 El Decreto de 10 de enero de 1947. 4.2 El Decreto 792/1961, de 13 abril. 5 El Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo. II. DESARROLLO DEL ARTÍCULO 116 DEL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL: 1. El denostado "Cuadro de Enfermedades Profesionales de 1978". Razones para una nueva Lista. 2 Las actividades previas que condujeron a la elaboración de la nueva lista de enfermedades profesionales. 3. El Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, que aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social y establece criterios para su notificación y registro: 3.1 Las principales novedades del RD. 1299/2006: A) Lista ¿cerrada? ¿mixta? ¿abierta?. B) Las enfermedades "sospechosas". C) La estructura de la nueva lista de Enfermedades Profesionales. D) Otras novedades del RD. 1299/2006: a) La calificación de las Enfermedades Profesionales; b) La elaboración y tramitación de los partes de Enfermedad Profesional; c) Comunicación de enfermedades que podrían ser calificadas como Enfermedades Profesionales; d) Documentación, registro y análisis de las Enfermedades Profesionales; e) Elaboración de Guías de Síntomas y Patologías; f) Derogación de las listas de Enfermedades Profesionales anteriores. 3.2 El contenido de la lista de Enfermedades Profesionales. Aspectos más novedosos: A) Anexo I; B) Anexo II. 4. Algunas consideraciones sobre la "Lista Europea" de 2003 y la "Lista Española" de 2006. III. ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA PRODUCTIVO COMO DESENCADENANTE DE NUEVAS PATOLOGÍAS: LOS RIESGOS PSICOSOCIALES: 1. Breves consideraciones. 2. Su protección actual como accidentes de trabajo. 2.1 El estrés laboral. 2.2 El acoso psicológico de carácter laboral. IV. VALORACIÓN GLOBAL.

I. ANTECEDENTES. ETAPAS EN LA PROTECCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

1. Primera Etapa: Aplicación extensiva de la legislación de accidentes de Trabajo

Con la promulgación de la Ley de 30 de enero de 1900, de Accidentes de Trabajo, se inicia en España la protección específica de este riego social. Ligaba el concepto de accidente no a una acción súbita y violenta proveniente de una causa exterior, si no a toda lesión corporal que el operario sufriera con ocasión o consecuencia del trabajo que ejecutare por cuenta ajena. La amplitud tanto del término elegido para denominar la alteración en la salud del trabajador (lesión corporal), como el no limitar el modo en que debía de producirse la misma, venía a suponer o dar facilidades en una delimitación amplia del accidente que permitió que dentro de tal concepto se entendiera comprendido el concepto genérico de enfermedad profesional. En ayuda de ello se decía que el propio texto legal a lo largo de su articulado lo facilitaba, por ejemplo: el artículo 3º habla de las industrias o trabajos que dan lugar a responsabilidad del patrono, entre los cuales se comprendían en el apartado 5º los establecimientos donde se produzcan o se empleen materias explosivas o inflamables, insalubres o tóxicas.

Será la celebérrima sentencia del TS de 17 de junio de 1903 a la que se le reconozca por la doctrina científica ser el punto de partida de la protección de las enfermedades profesionales[66]. Un extracto de la misma conviene reproducir para apreciar la razón del valor que se le atribuye a la misma: *"… si bien no es dable confundir en modo alguno lo que es un accidente del trabajo con lo que constituye una enfermedad contraída en el ejercicio de una profesión determinada, cuando esta enfermedad no tiene una relación absoluta e inmediata con aquella profesión, sino que depende del agotamiento o desgaste natural de las fuerzas empleadas en los trabajos a que el individuo se dedique, es, por lo el contrario, evidente, que siempre que la lesión a que se refiere el artículo 1.º de la Ley de 30 de enero de 1900 sobrevenga de una manera directa e inmediata por consecuencia indudable del manejo de sustancias tóxicas se encuentra de lleno comprendida en dicha Ley, ya que ésta no define el accidente con referencia a un suceso repentino más o menos*

66 Por ejemplo, véase HERNAINZ MARQUEZ, M.: *Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales*, EDERSA, 2.ª edición, Madrid, 1953, pp. 485 y ss.

importante, sino al hecho mismo constitutivo en sí de lesión, ya porque dada la naturaleza de esta clase de accidentes en los establecimientos en que se emplean sustancias tóxicas o insalubres, sería por demás insólito que acaecieran repentinamente, como acontece en otras fábricas o talleres, o en los demás lugares en donde los obreros ejecutan un trabajo manual por cuenta del patrono".

La continuidad de dicho criterio no quedó aquí sino que fue el inicio de una larga serie de pronunciamientos similares[67]:

-Intoxicaciones por el plomo[68].

-Intoxicaciones por el fósforo[69].

-Intoxicaciones por azufre[70].

-Dermitis padecida por un obrero pulidor de mármol[71].

-Lesiones pulmonares por inhalación de gases en el lugar de trabajo[72].

-Parálisis[73].

-Bronconeumonía[74].

-Reuma ocasionado por el medio o el local en que se realiza el trabajo[75].

---

67 Sólo se citan algunos ejemplos y limitados temporalmente hasta el inicio de la siguiente etapa de protección ya específica de la enfermedad profesional.

68 Denominada saturismo. En este sentido véase además de la sentencia de 17-6-1903 las SS.TS. 9-7-1924, 11-5-1927, 11-12-1933, 25-11-1940, entre otras.

69 STS. 8-7-1913.

70 STS. 31-3-1924 y 16-3-1927.

71 STS 27-6-1927.

72 STS. 12-4-1927.

73 STS. 10-7-1913.

74 STS. 3-10-1929.

75 SS.TS. 11-5-1923 y 4-3-1933.

-Infección intestinal[76].

-Peste bubónica[77].

-Cáncer de garganta por gases desprendidos en el lugar de trabajo[78].

2. Los intentos de una legislación específica

Habrá que esperar a la Ley de Bases de las Enfermedades Profesionales de 13 de julio de 1936 para conocer el primer intento de una legislación específica de estas enfermedades, que se truncaron unos días después con el inicio de nuestra Guerra Civil.

Las principales características de la Ley fueron las siguientes:

a) No contenía una definición de Enfermedad Profesional, limitándose a relacionar aquellas que se consideraban merecedoras de protección. La Ley señala una larga lista de enfermedades e industrias capaces de provocarlas. Siendo requisitos que debían de concurrir que el trabajador hubiere trabajado en las industrias relacionadas y que dicho trabajo se hubiere llevado a efecto por el tiempo que para cada categoría se exigiere en las disposiciones reglamentarias de desarrollo.

b) Se establecían una serie de reglas para determinar el patrono responsable de la enfermedad profesional. Se partía de un criterio general que era imputar la responsabilidad al patrono para el que se hubiera prestado servicios en los doce meses anteriores a la declaración de incapacidad[79].

c) La protección era de cobertura obligatoria[80].

---

[76] SS.TS. 6 y 16-10-1928.

[77] STS. 13-10-1920.

[78] STS. 12-4-1927.

[79] Además se establecían otras reglas de imputación de responsabilidades cuando no se hubiera permanecido en tal espacio temporal prestando servicios para un mismo empresario o hubiera varios implicados en ello, véase Base IV.

[80] Véase la Base V.

d) Se prescribían unas obligaciones especiales de profilaxis y remedio[81]. Los reconocimientos médicos periódicos en plazos no mayores a seis meses; se declaró obligatoria la autopsia para casos de muerte y la hospitalización con la finalidad de remediar o hacer desaparecer la enfermedad, llegando a establecer la posibilidad de pérdida de indemnización cuando el obrero se negare a ello.

e) Además se preveía que el hecho de que la relación o enumeración de industrias y enfermedades profesionales no contemplaré determinadas manifestaciones no sería obstáculo para que los Tribunales pudieran reparar cualquier manifestación de enfermedades causadas por el trabajo vía aplicación de la legislación de accidentes de trabajo.

3. Las primeras manifestaciones de una protección específica

Como antes se ha señalado la Ley de Bases de 1936 no tuvo ninguna virtualidad por el inicio de la Guerra Civil uno días después. Finalizada en 1 de abril de 1939 habrá que esperar a 1941 para que se inicie una lenta pero constante regulación de las enfermedades profesionales.

3.1 La Orden de 7 de marzo de 1941

Esta disposición se limitó a establecer normas de prevención e indemnización de una enfermedad profesional la Neumoconiosis y de una de sus modalidades la Silicosis. Fijándose: a) las industrias afectadas (minas, canteras, labrado y pulido de granito, mármoles y demás piedras de ornamentación o construcción; industrias en que se actúe sobre materias rocosas o minerales; cerámica y sus derivados; vidrio; carbón; e industrias metalúrgicas en se desprenda polvo metálico); b) las medidas de prevención relativas a locales, medios personales de protección, reconocimientos médicos previos y periódicos, etc.; y c) unas previsiones relativas a la incapacidades resultantes e indemnizaciones. Dejando pendiente de estudio la elaboración de un seguro de enfermedades profesionales (artículo 12. º).

3.2 El Decreto de 3 de septiembre de 1941

Se recogía en su exposición de motivos lo siguiente:

---

81 Véanse las Bases VI y IX.

"*La primera enfermedad profesional a considerar en el marco de un seguro específico es la denominada silicosis o neumoconiosis; porqué conociéndose las industrias en donde más estragos producen, no es difícil estatuir las normas que permitan arbitrar la fórmula de reparación económica de esta clase de siniestros o de tomar aquellas medidas profilácticas precisas para evitarlos o atenuar sus graves consecuencias. El procedimiento no puede ser otro que estatuir el seguro con carácter obligatorio para las empresas de las industrias en que la enfermedad es más general, encomendando su gestión al organismo estatal competente en la materia*".

Los riesgos a asegurar eran la incapacidad permanente y muerte (artículo 2. º), siendo las empresas afectadas las siguientes: empresas de la industria mineras del plomo y del oro, empresas de industrias de cerámica en que se emplee el chorro de arena y las demás de cerámica en las que exista el riesgo de la silicosis; y aquellas otras que por orden ministerial se determinen (artículo 3.º)[82]. A destacar el régimen financiero de este "*seguro especial*" que fue también el de cobertura de capitales –como el previsto en la Orden de 7 de marzo de 1941- pero, esta era la novedad, de forma individualizada, permitiendo con ello un conocimiento estadístico de la situación de las enfermedades profesionales amparadas por el seguro.

3.3 El Decreto de 23 de diciembre de 1944[83]

Quizás la mayor novedad de este Decreto fue modificar el régimen financiero del Seguro de Silicosis, sustituyendo el de cobertura de capitales por el reparto de rentas (artículo 1. º). Disponiendo que el importe anual de las pensiones a satisfacer sería repartido entre todas las empresas obligadas al Seguro (artículo 2. º). A partir de la vigencia de este Decreto el régimen de reparación de las enfermedades profesionales pasó a ser el siguiente:

-Enfermedades profesionales en general –excepto las silicosis incluidas en la Sección del Seguro Especial (Decreto de 3 de octubre de 1941-, reparación conforme a la legislación de accidentes de trabajo con régimen financiero de imposición de capitales.

-Enfermedades profesionales de silicosis en industrias relacionadas en el Decreto de 3 de octubre de 1941, reparación conforme a la

---

82 El desarrollo reglamentario se llevó a cabo por Orden de 14 noviembre de 1942. Véase también la Orden 19 junio de 1943 sobre reconocimiento de obreros en las minas de carbón.

83 Su desarrollo reglamentario se llevó a cabo por Orden de 29 de marzo de 1946.

legislación de accidentes de trabajo en lo referente a grados de incapacidad y cuantía de las indemnizaciones con régimen financiero de reparto de rentas.

4. La implantación progresiva de un Seguro de Enfermedades Profesionales

4.1 El Decreto de 10 de enero de 1947[84]

La relevancia de este Decreto estará en la creación dentro de la Caja Nacional del Seguro de Accidentes de Trabajo del Servicio de Seguro de enfermedades Profesionales al que se asigna una misión clave, la implantación progresiva de dicho Seguro (articulo 1.º). A destacar de esta disposición.

-Establece un concepto de enfermedad profesional, *"… aquellas que, producidas por consecuencia del trabajo, y con evolución lenta y progresiva, ocasionen al productor una incapacidad para el ejercicio normal de su profesión o muerte"* (artículo 2º), añadiendo *"… que tendrán, desde luego, este carácter las comprendidas en el cuadro que se inserta como anexo de este Decreto, el cual podrá ser adicionado a medida que se compruebe la existencia y el carácter de profesionales de otras enfermedades distintas*" (artículo 2.º párrafo 2).

El cuadro anexo relacionó 16 grupos enfermedades profesionales y las industrias capaces de producirlas:

1. º) Neumoconiosis (silicosis, con o sin tuberculosis, antracosis, siderosis, asbestosis, etcétera) y otras enfermedades respiratorias producidas por el polvo (cannabosis, asmas profesionales, etc.)[85].

2. º) Nigtamus de los mineros[86].

3. º) Intoxicaciones por el plomo, sus aleaciones o sus compuestos, con las consecuencias directa de dicha intoxicación[87].

---

84 Su reglamento fue aprobado por Orden de 19 julio de 1949.

85 En las siguientes industrias: a) minas de plomo, oro carbón, hierro, wólfram y demás minas metálicas; b) industrias cerámicas y sus derivados, canteras, labrado y pulido de granito, mármoles y demás piedras de ornamentación construcción, vidrio, cemento, industrias del cáñamo y del esparto; y c) todas las industrias, minas y trabajos en que se desprenda polvo de naturaleza mineral –pétreo o metálico-, vegetal o animal, susceptible de causar enfermedad.

86 Trabajos en minas y túneles.

4. º) Intoxicaciones por el mercurio, sus amalgamas y sus compuestos, con las consecuencias directas de dicha intoxicación[88].

5. º) Intoxicación por el fósforo y sus compuestos, con las consecuencias directas de esta intoxicación[89].

6. º) Intoxicación por el arsénico y sus compuestos, con las consecuencias directas de esta intoxicación[90].

7. º) Intoxicación por el benceno, sus homólogos, su nitro y amino derivados[91].

8. º) Intoxicación por los derivados halógenos de los hidrocarburos de la serie grasa[92].

9. º) Intoxicación por el sulfuro y sus compuestos[93].

10. º) Intoxicación por el manganeso y sus compuestos[94].

---

87 En las siguientes industrias y trabajos: a) manipulación de minerales que contengan plomo, incluidas las cenizas plumbíferas de las fábricas en que se obtiene el cinc: b) fusión del cinc viejo y del plomo en galápagos; c) fabricación de objetos de plomo fundido o de aleaciones plumbíferas; d) Industrias poligráficas; e) fabricación de los compuestos del plomo; f) fabricación y reparación de acumuladores; g) preparación y empleo de los esmaltes que contengan plomo; h) pulimentación por medio de limaduras, de plomo o de polvos plumbíferos; i) trabajos de pintura que comprendan la preparación o manipulación de productos destinados a emplastecer masillas o tientes que contengan pigmentos de plomo.

88 En las siguientes industrias y actividades: a) manipulación de minerales de mercurio; b) fabricación de compuestos de mercurio; c) fabricación de aparatos de medida o de laboratorio; d) preparación de las primeras materias para la sombrerería; e) dorado a fuego; g) empleo de bombas de mercurio para la fabricación de lámparas incandescentes; h) fabricación de pistones con fulminantes de mercurio.

89 En todas aquellas industrias concernientes a la producción, desprendimiento o utilización de fósforo y sus compuestos.

90 En todas aquellas industrias concernientes a la producción, desprendimiento o utilización de arsénico.

91 En toda industria concerniente a la producción, desprendimiento o utilización de benceno y sus derivados.

92 En toda industria concerniente a la producción, desprendimiento o utilización de los hidrocarburos.

93 En industrias de la seda artificial, vulcanización y otras que utilicen el sulfuro de carbono.

94 En toda industria relativa la producción, desprendimiento o utilización de manganeso y sus compuestos.

11.º) Intoxicación por los gases o vapores tóxicos y, en especial, del óxido de carbono, gas sulfúrico, cloro anhídrido carbónico, gases sulfurosos, vapores de ácido sulfúrico y nitroso, sulfuro de carbono y cianhídrico[95].

12. º) Enfermedades infecciosas (carbunco, tétano, etc.)[96].

13. º) Enfermedades parasitarias (anquilostomiasis, paludismo, etc.)[97].

14. º) Enfermedades oculares (conjuntivitis, retinitis, queratitis, catarata gris, etc.)[98].

15. º) Enfermedades de la piel (dermatosis, epiteliomas, etc.)[99].

16. º) Alteraciones patológicas producidas por los rayos X, el radio y otras sustancias radioactivas[100].

Como se puede apreciar, esta detallada relación de enfermedades e industrias –y trabajos- capaces de provocarlas venían a suponer que la enfermedad profesional se consideraba un riesgo previsible, porque en las industrias y actividades que se relacionaban era donde normalmente se producían las causas que daban origen a que se contrajera la enfermedad, no se consideraba pues como un suceso inesperado; sino algo que casi fatalmente tendría que contraer quien trabajara en tales actividades[101].

---

95 En toda industria o trabajo en el que se produzcan esta clase de gases o vapores.

96 En trabajos o actividades: a) obreros que estén en contacto con animales carbuncosos, manipulación de despojos de animales; b) trabajos agropecuarios; c) trabajos en contacto sistemático y habitual con focos de infección o de material infectante; d) personal sanitario al servicio de hospitales, sanatorios y laboratorios, personal de estaciones residuales y quemaderos de animales.

97 En trabajos en: a) minas y huertas; b) trabajos y saneamiento y transformación de zonas palúdicas que impliquen permanencia del obrero en dicha zona.

98 En trabajos: a) con intensas fuentes fotógenas, soldadura eléctrica y autógena, sopladores de vidrio, trabajos metalúrgicos, etc.; y b) minas e industrias del azufre.

99 En las siguientes industrias y trabajos: a) industrias del cemento y otras análogas, b) industrias en las que se manipulen sustancias químicas; c) todos los trabajos de la manipulación de la brea, alquitrán, pez, ácidos minerales, parafina y los compuestos productos y residuos de estas sustancias.

100 En las siguientes industrias y trabajos: a) Trabajos expuestos a estas acciones (personal sanitario al servicio de hospitales, sanatorios, clínicas o instalaciones radiográficas privadas); y b) toda industria en la que se utilicen elementos radioactivos.

101 DEL PESO CALVO, C.: "Regímenes de reparación de la enfermedad profesional", Revista Iberoamericana de Seguridad Social, núm. 1, 1963, pp. 33-80.

-Era obligatorio el reconocimiento médico antes del ingreso del trabajador en la empresa, durante su permanencia en ella y durante los períodos que reglamentariamente se determinasen.

-Si del reconocimiento médico resultare que el trabajador padeciese enfermedad profesional en grado que, sin producir incapacidad temporal ni permanente, implique peligro para el mismo su permanencia en su trabajo, será trasladado dentro de la misma empresa, a otra labor exenta de riesgo de la enfermedad profesional de que se trate. Si no fuera posible el traslado, será dado de baja y percibirá un subsidio del 50% de su jornal durante el tiempo que permanezca con esta disminución de su actividad, siendo de cuenta de la empresa el primer año, y del Seguro de Enfermedades Profesionales durante el resto del tiempo, que no podrá exceder de seis meses más.

-No se podrá interponer demanda judicial alguna sobre reparación de siniestros ocasionados por enfermedades profesionales sin haber agotado la vía administrativa.

-En los casos de muerte, para acreditar la relación de causalidad, se establece la obligatoriedad de la práctica de la autopsia.

-El régimen financiero era de reparto de rentas, sin perjuicio de que pueda en cada caso concreto acordarse por el Ministerio de Trabajo la aplicación del régimen ordinario de capitalización[102].

Como ya se advertía, en principio, la implantación del Seguro se preveía que iba a ser progresiva y solo resultaba obligatoria su cobertura para la silicosis. Con posterioridad la Orden de 6 de octubre de 1951 extendió la obligatoriedad a la enfermedad profesional conocida como "*Nistagmus de los mineros"*.

4.2 El Decreto 792/1961, de 13 de abril

Parte el mismo de reconocer que el Seguro de Enfermedades Profesionales creado por Decreto de 10 de enero de 1947, sólo había sido aplicado a dos de los dieciséis grupos en que dicha disposición clasificaba a tales enfermedades profesionales, cuya siniestralidad debía de ser costeada separadamente en cada grupo mediante reparto de cargas entre las empresas

[102] Véase artículo 15 de la Orden de 19 de julio de 1949.

o centros de trabajo en los que pudiera producirse los respectivos riesgos. Circunstancias que han dieron lugar a un desigual gravamen para las empresas afectadas puesto que además debían de asumir el coste del Seguro General de Accidentes de Trabajo. A ello se unía el convencimiento de la escasa respuesta reparadora en las enfermedades profesionales respecto al accidente de trabajo. Y así el Decreto de 13 de abril de 1961 procedió a una reordenación de las enfermedades profesionales incluyendo a la misma dentro "… *del cuadro general de los riesgos que protegía el Seguro de Accidentes de Trabajo, transformando el sistema financiero de reparto de cargas por grupos de enfermedad, en otro generalizado que dé paso a una auténtica compensación nacional, a fin de obtener mayores garantías de solidez y estabilidad de aquél, en beneficio de la economía general del Seguro y de la perfección de su régimen asistencial …*"[103].

Los aspectos más relevantes de esta disposición podrían resumirse así:

-Estableció el siguiente concepto de enfermedad profesional: *"Se entiende por enfermedades profesionales las producidas por elementos o sustancias y en industrias u operaciones incluidas en el cuadro anexo a este Decreto, que ocasionen incapacidad permanente o progresiva para el ejercicio normal de la profesión, o la muerte*" (artículo 2.1).

-Recogió en un cuadro anexo una relación de enfermedades profesionales y lista de trabajos con riesgo de producirlas, del siguiente tenor:

A) Enfermedades causadas por metales, subdividida a su vez en:

1. Enfermedades causadas por el plomo y sus derivados. 2. Enfermedades causadas por el mercurio, sus almagamas y sus compuestos. 3. Enfermedades causadas por el cadmio y sus compuestos. 4. Enfermedades causadas por el manganeso y sus compuestos. 5. Enfermedades causadas por los compuestos del cromo. 6. Enfermedades causadas por el berilio y sus compuestos. 7. Enfermedades causadas por el vanadio y sus compuestos.

B) Enfermedades causadas por metaloides, subdividida a su vez en:

8. Enfermedades causadas por el fósforo y sus compuestos. 9. Enfermedades causadas por el arsénico y sus compuestos. 10. Enfermedades causadas por el flúor y sus compuestos. 11. Enfermedades causadas por el

---

103 Véase la exposición de motivos del Decreto. La Orden de 9 de mayo de 1962 aprobó su Reglamento.

óxido de carbono. 12. Enfermedades causadas por el ácido sulfhídrico. 13. Enfermedades causadas por los isocianatos o poliuretanos. 14. Enfermedades causadas por el sulfuro de carbono.

C) Enfermedades causadas por compuestos orgánicos, subdivida a su vez en:

15. Todos los trabajos con el benceno y sus homólogos. 16. Todos los trabajos con los nitro y amino-derivados de los hidrocarburos aromáticos y sus derivados fenoles y halógenos. 17. Enfermedades causadas por los derivados halógenos de los hidrocarburos de la serie alifática. 18. Enfermedades causadas por gases, vapores o polvos tóxicos no citados en otros epígrafes y en especial por el bromo cloro, derivados sulfúricos o sulfurosos y ésteres del ácido nítrico.

D) Enfermedades causadas por agentes animados, subdividida a su vez en:

19. Enfermedades transmitidas por animales. 20. Enfermedades parasitarias.

E) Enfermedades causadas por agentes físicos, subdividida a su vez en:

21. Enfermedades causadas por las radiaciones ionizantes. 22. Enfermedades causadas por el trabajo en aire comprimido. 23. Enfermedades causadas por vibraciones de los útiles de trabajo.

F) Enfermedades sistemáticas, subdividida a su vez en.

24. Silicosis. 25. Asbestosis. 26. Cannabosis. 27. Otras neumoconiosis fibróticas. 28. Asma bronquial profesional. 29. Nistagmus de los mineros. 30. Catarata profesional. 31. Sordera profesional. 32. Carcinoma y lesiones precancerosas de la piel. 33. Dermatosis profesionales. 34. Hepatitis vírica.

-Se prevé expresamente la posibilidad de su ampliación a medida de que se compruebe la existencia de otras afecciones de etiología laboral y carácter profesional.

-El sistema financiero era de reparto de rentas entre las entidades aseguradoras de accidentes de trabajo y la Caja Nacional del mismo.

-Se establece una responsabilidad directa de la empresa que no tuviere concertado el seguro y una subsidiaria del Fondo Compensador de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

-Como medidas de prevención destaca las competencias del Fondo Compensador del Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales[104] y la obligatoriedad de las empresas que hayan de cubrir puestos de trabajo con riesgos de enfermedad profesional a practicar reconocimientos médicos previos a la admisión al trabajo y los periódicos que se determinen[105]. Estableciéndose también la obligación de las entidades aseguradoras de conocer los resultados de dichos reconocimientos.

-Cuando se diagnosticaba una enfermedad, el enfermo será calificado en alguno de los siguientes apartados o situaciones[106]: a) período de observación, b) traslado de puesto de trabajo; c) baja en la empresa o industria; d) incapacidad temporal, e) lesiones, mutilaciones o deformidades definitivas que, sin llegar a constituir incapacidad permanente, supongan una merma de la integridad física del trabajador; f) incapacidad permanente parcial para la profesión habitual; g) incapacidad permanente total para la profesión habitual; h) incapacidad permanente absoluta para todo trabajo y, en su caso, gran invalidez; i) muerte.

-Contenía también el Decreto previsiones relativas a la recuperación y rehabilitación de los enfermos profesionales[107].

El desarrollo reglamentario del Decreto 792/1961, de 13 abril tuvo lugar vía diversas órdenes ministeriales de las que merece destacarse: a) La orden de 9 de mayo de 1962, cuyo aspecto más significativo fue el régimen de derechos de aquellos trabajadores a los que se les descubriera algún síntoma de enfermedad profesional cuya progresión sea evitable mediante el traslado a otro exento de riesgo[108]; y b) Las OO. 12 de enero de 1963 y de 15 de diciembre de 1965[109], que establecieron las normas reglamentarias de carácter

---

104 Véase artículo 17 del Decreto y la Orden de 12 de enero de 1963.

105 Véase artículo 20 del Decreto.

106 Véase artículo 24 del Decreto.

107 Véanse artículos 27 a 29 del Decreto.

108 Véase en tal sentido los artículos 45 a 50 de dicha Orden.

109 Ambas disposiciones hacen una relación de las diferentes enfermedades profesionales del cuadro, refiriéndose la primera de ellas a un grupo, y la segunda, para las restantes, pero siguiendo un esquema similar: a) Cuadros clínicos con derecho a reparación por el seguro; b) Normas para reconocimiento previo del trabajador al ingreso en la empresa con riesgo profesional; c) Normas para los reconocimientos periódicos; d) Normas para diagnósticos; y e) Normas para la calificación de la incapacidad. Los apartados segundo y tercero de cada epígrafe establecían orientaciones clínicas para el

médico regulando los reconocimientos, diagnósticos y calificación de las enfermedades profesionales.

Básicamente el nuevo régimen jurídico consistía[110] en una lista de las enfermedades que se admitían como profesionales, las cuales a su vez debían de reunir una serie de síntomas y manifestaciones, y sus agentes productores, de tal suerte que el trabajador que era víctima de una dolencia que figuraba en tal cuadro y había prestado servicios para una empresa de las incluidas en el mismo se le reconocía afecto a enfermedad profesional, liberándole de tener que acreditar la oportuna relación de causalidad entre la enfermedad y el trabajo. El nuevo régimen presentaba pues este aspecto positivo, pero presentaba otro negativo, ya que el sistema era ciertamente rígido, pues por un lado exigía que la enfermedad y el agente nocivo estuvieran incluidos en el cuadro del Decreto; y de otra parte impedía que aquellos trabajadores que hubieran contraído una enfermedad en su trabajo pudieran demostrar la relación de causalidad entre la alteración de su salud y el trabajo, por lo que no podía ampararse bajo este riesgo profesional.

Pese a estas restricciones, también debe decirse que ciertamente no existían las limitaciones –que en aquellas fechas si se daban en otros países- las relativas a las exigencias de plazos de exposición al riesgo o el espacio de tiempo máximo que debía manifestarse la enfermedad profesional después del abandono del puesto de trabajo con riesgo. Las limitaciones o restricciones se fueron a lo largo del tiempo paliando también con sucesivas reformas, por ejemplo: a) Orden de 9 de abril de 1965, que incluyó como enfermedad profesional la bagazosis; b) Decreto 2229/1970, de 9 julio, por el que se modifica la lista de trabajos con riesgo de producir enfermedades profesionales; c) Orden de 1 de marzo de 1977, incluyendo la hepatitis vírica.

También se le ha imputado a este régimen de protección de las enfermedades profesionales ciertos fallos lógicos en su comparación con la lista europea de enfermedades profesionales[111]. La denominada "*lista*

---

examen de los trabajadores antes del inicio de la actividad laboral, así como durante la misma, con un contenido esencialmente sanitario. Los apartados primero, tercero y cuarto, presentan un contenido esencialmente clínico, describiendo la sintomatología que deberá presentar el trabajador para que se pueda diagnosticar la enfermedad, así como el grado de su progresión que determine la invalidez.

110 AVILA ROMERO, M.: "Enfermedades Profesionales", *Revista de Seguridad Social*, núm. 22, 1984, pp.83-95.

111 Véase el Anexo 1 a la recomendación de la Comisión de 23 de julio de 1962, JOCE núm. 80 de 31 de agosto de 1962, página 2188/62.

europea", clasificaba las enfermedades profesionales de acuerdo a tres criterios:

a) Agente enfermante (productos químicos, enfermedades profesionales infecciosas y parasitarias, enfermedades profesionales por carencia y agentes físicos);

b) Parte del cuerpo afectada; y

c) Forma de absorción del producto enfermante. Lo que tenía como efecto positivo que no hubiera superposiciones, duplicidades, lagunas entre los diversos epígrafes o grupos de ellos, pudiendo tener encaje los nuevos epígrafes que se pudieran añadir.

Por el contrario la "lista" de 1961 utilizaba dos criterios de clasificación:

a) agente enfermante (coincidiendo básicamente con el primero de la lista europea); y

b) y enfermedades sistemáticas, que era un cajón de sastre y que venía a comprender -sólo en parte- los otros dos criterios de la lista europea.

5. El Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo.

Parte este Real Decreto de considerar que las investigaciones que han venido produciendo en la medicina, seguridad e higiene en el trabajo, así como la introducción de un número creciente de nuevas sustancias en los procesos industriales llevan a la necesidad de adecuar el cuadro de enfermedades profesionales[112]. La nueva lista se contiene en un anexo con seis grandes grupos de enfermedades subdivididos a su vez en diversos subgrupos, a saber:

A) Enfermedades profesionales producidas por los agentes químicos, subdividido a su vez en:

1. Plomo y sus compuestos. 2. Mercurio y sus compuestos. 3. Cadmio y sus compuestos. 4. Manganeso y sus compuestos. 5. Cromo y sus

---

Véase FERRERAS ALONSO, F.: "La reforma del régimen de protección contra las enfermedades profesionales", *Revista de Seguridad Social*, n.º 1, 1979, pp.141-154.

112 El nuevo cuadro no supuso la desaparición del cuadro de enfermedades profesionales referentes al trabajo agrícola que había sido incluido como anexo al Decreto 3772/1972, de 23 de diciembre, regulador del Régimen Especial Agrario.

compuestos. 6. Níquel y sus compuestos. 7. Berilio y sus compuestos. 8. Talio y sus compuestos. 9. Vanadio y sus compuestos. 10. Fósforo y sus compuestos. 11. Arsénico y sus compuestos. 12. Cloro y sus compuestos inorgánicos. 13. Bromo y sus compuestos inorgánicos. 14. Yodo y sus compuestos inorgánicos. 15. Flúor y sus compuestos. 16. Ácido nítrico. 17. Óxidos de azufre. 18. Amoniaco 19. Anhídrido sulfuroso. 20. Ácido sulfúrico. 21 Ácido sulfhídrico. 22. Sulfuro de carbono. 23. Óxido de carbono. 24. Oxicloruro de carbono. 25. Ácido cianhídrico, cianuros y compuestos de cianógeno. 26. Hidrocarburos alifáticos saturados o no: cíclicos o no, constituyentes del éter, del petróleo y de la gasolina. 27. Derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos saturados o no; cíclicos o no. 28. Alcoholes. 29. Glicoles. 30 Éteres y sus derivados. 31. Cetonas. 32. Esteres orgánicos y sus derivados halogenados. 33. Ácidos orgánicos. 34. Aldehídos. 35. Nitroderivados alifáticos. 36. Esteres de ácido nítrico. 37. Benceno, tolueno, xileno y otros homólogos del benceno. 38. Naftaleno y sus homólogos. 39. Derivados halogenados de los hidrocarburos aromáticos. 40. Fanoles, homólogos y sus derivados homologados. 41. Aminas (primarisa, secundarias, terciarias, eterocíclicas) e hidracinas aromáticas y sus derivados halógenos, fenolíticos, nitrosados, nitrados y sulfonados. 42. Poliuretanos (isocianatos). 43 Nitroderivados de los hidrocarburos aromáticos y de los fenoles.

B) Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados, subdividida a su vez en:

1. Cánceres cutáneos y lesiones cutáneas precancerosas debidas al hollín, alquitrán, betún, brea, antraceno, aceites minerales, parafina bruta y a los compuestos, productos y residuos de estas sustancias y a otros factores carcinógenos. 2. Afecciones cutáneas provocadas en el medio profesional por sustancias no consideradas en otros apartados.

C) Enfermedades profesionales provocadas por la inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados, subdividida a su vez en:

1. Neumoconiosis. 2. Afecciones broncopulmonares debidas a polvos o humos de aluminio o de sus compuestos. 3. Afecciones broncopulmonares debidas a los polvos de los metales duros, talco, etc. 4. Afecciones broncopulmonares causadas por los polvos de escorias Thomas. 5. Asma provocado en el medio profesional por las sustancias no incluidas en otros

apartados. 6. Enfermedades causadas por irritación de las vías aéreas superiores por inhalación o ingestión de polvos, líquidos, gases o vapores.

D) Enfermedades profesionales infecciosas y parasitarias, subdividida a su vez en:

1. Helmintiasis, anquilostomiasis duodenal, anguillulosia. 2. Paludismo, amebiasis, tripanosomiasis, dengue, fiebre papataci, fiebre recurrente, fiebre amarilla, peste, leishamaniosis, pian, tifus exantemático y otras ricketsiosis. 3. Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales o por sus productos y cadáveres (para el tétanos se incluirán también los trabajos con excretas humanas o animales. 4. Enfermedades infecciosas y parasitarias del personal que se ocupa de la prevención, asistencia y cuidado de enfermos y en la investigación.

E) Enfermedades profesionales producidas por agentes físicos, subdividida a su vez en:

1. Enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes. 2. Catarata producida por la energía radiante. 3. Hipoacusia o sordera provocada por el ruido. 4. Enfermedades provocadas por trabajos con aire comprimido. 5. Enfermedades osteo-articulares o agio neuróticas provocadas por las vibraciones mecánicas. 6. a) Enfermedades de las bolsa serosas debidas a la presión, celulitis subcutáneas. b) Enfermedades por fatiga de las vainas tendinosas, de los tejidos peritendinosos, de las inserciones musculares y tendinosas. c) Lesiones del menisco en las minas y trabajos subterráneos. d) Arrancamiento por fatiga de las apófisis espinosas. e) parálisis de los nervios debidas a la presión. 7. Nistagmus de los mineros.

F) Enfermedades sistémicas, subdivididas a su vez en:

1. Distrofia incluyendo la ulceración de la córnea por gases, vapores, polvos y líquidos. 2. Carcinoma primitivo de bronquio o pulmón por asbesto. Mesotelioma pleural y perioteneal debidos a la misma causa. 3. Carcinoma de la membrana mucosa de la nariz, senos nasales, bronquio o pulmón adquirido en industrias donde se fabrica o manipula níquel. 4. Angiosarcoma hepático causado por el cloruro de vinilo. 5. Cáncer del sistema hematopoyético causado por el benceno. 6. Carcinoma de piel, bronquio, pulmón o hígado causado por el arsénico. 7. Neoplasia primaria del tejido epitelial de la vejiga urinaria, pelvis renal o uréter. 8. Cáncer de piel, pulmón, hueso y médula ósea por radiaciones ionizantes. 9. Carcinoma de la mucosa nasal, senos nasales, laringe, bronquio o pulmón causado por el cromo.

Las innovaciones de este cuadro, básicamente fueron[113]:

a) Se suprime la rigidez de la anterior normativa. Si el Decreto de 1961 exigía que además de que la causa fuera alguno de los agentes enfermantes listados, sino también que se derivase del ejercicio de alguna de las determinadas actividades previamente catalogadas. El Decreto de 1978 elimina tales limitaciones, por ejemplo, el propio título de la misma "lista de enfermedades profesionales con las relaciones de las *principales* actividades capaces de producirlas"; lo que además en cierta forma se va reiterando a lo largo del texto, dónde se utiliza con frecuencia expresiones como: "especialmente", "esencialmente", "principalmente", "etc.".

b) Desaparecen las condiciones limitativas para el reconocimiento en algunos casos, de la existencia de enfermedades profesionales, por ejemplo: plazos mínimos de exposición al riesgo para el reconocimiento de enfermedad profesional.

c) Ampliación sustancias del cuadro de agentes enfermantes y mejora en su clasificación. La nueva lista vendrá a coincidir con la lista europea recogida en las recomendaciones CEE de los años 1962 y 1966.

2. DESARROLLO DEL ARTÍCULO 116 DEL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

1. El denostado "Cuadro de Enfermedades Profesionales de 1978". Razones para una nueva Lista.

El artículo 116 de la LGSS en la determinación de que se debe entender como enfermedad profesional remite *"… al cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de la presente Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos y sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional*", lo que nos llevaba a la "Lista de Enfermedades Profesionales con las relaciones de las principales actividades

113 FERRERAS ALONSO, F: "La reforma …", cit., p. 144.

capaces de producirlas" del RD. 1995/1978, de 12 de mayo. Catálogo que tras su promulgación fue acumulando múltiples críticas, entre otras[114]:

-Ser obsoleto. Dada su falta de adaptación a los cambios tecnológicos, a la forma de trabajar y a las nuevas sustancias utilizadas en los procesos productivos.

-Carente de agilidad. Por su complejo procedimiento para incorporar nuevas enfermedades. De hecho el cuadro solo fue objeto de dos reformas: a) La introducida por el RD 2821/1981, de 27 de noviembre, que modifico el párrafo cuarto, punto tercero, del apartado d) del RD 1995/1978, para (de acuerdo con las previsiones del Convenio 42 de la OIT) ampliarlo y comprender la "carga, descarga o transporte de mercancías en general, estableciendo en definitiva una presunción automática del origen de la enfermedad a favor de los trabajadores que hayan podido manipular, sin saberlo, mercancías contaminadas, aparte de las de origen animal; y b) Resolución de 30 diciembre de 1993, de la Secretaria para la Seguridad Social, por la que se considera provisionalmente como enfermedad profesional la detectada en industrias del sector de la aerografía textil de la Comunidad Autónoma Valenciana, en tanto no se determine en concreto el agente causante de dicha enfermedad y se pueda proceder a su definitiva calificación[115].

Lo que suponía tener que acudir para su protección a un auténtico "cajón de sastre", a la letra e) del apartado 2. º del artículo 115 de la LGSS y por tanto a considerarla como accidente de trabajo[116].

-No favorecedor de la prevención pues básicamente el régimen jurídico iba dirigido a la reparación de daños.

-Sin criterios diagnósticos unificadores.

-Escasa fiabilidad del sistema de declaración enfermedades profesionales, que hacía descansar su conocimiento en que lo efectuara o no el

---

114 Un resumen de ellas puede verse en: LÓPEZ GANDÍA, J. y AGUDO DÍAZ, J: *Nueva regulación de las Enfermedades Profesionales,* 2ª edición, Editorial Bomarzo, 2007, pp. 25 y ss; y 71 y ss.; SEMPERE NAVARRO, AV.: "La protección de la enfermedad profesional: planteamientos para su modificación", Aranzadi Social núm. 5, 2001, pp. 9 y ss.

115 Véase MORENO CÁLIZ, S.: "La tutela de la enfermedad profesional: aspectos controvertidos", *Aranzadi Social*, núm.5, 2001, pp. 49-74.

116 En este sentido MORENO CÁLIZ, S.: "La tutela…", p. 53.

empresario. Lo que favorecía la derivación de enfermedades profesionales a comunes[117].

-Su carácter cerrado, reduccionista (dejaba fuera patologías o actividades) y parcial (pues no atendía a patologías multicausales, sino que para ella el origen era único).

Realmente las críticas son más o menos acertadas pero también hay que advertir que quizás la bondad o maldad de la "Lista de 1978" no puede olvidarse:

-Una cierta pereza administrativa en su actualización. La "Lista de 1978" ciertamente era rígida pero no inmodificable. Su rango legal no parece que fuera una muralla insalvable. Además ella misma contenía mecanismos de actualización, recuérdese el artículo 2 de dicho RD 1995/1978.

-La propia evolución histórica de la protección de la Enfermedad Profesional que nace acogida en el seno del concepto de accidente de trabajo y que cuando se inicia su protección específica permite que aquellas enfermedades provocadas por el trabajo, que no encuentran su encuadre en el cuadro o lista de enfermedades profesionales queden en el marco de la acción protectora del accidente de trabajo (en la letra e del apartado 2 del artículo 115 LGSS). Lo que hace que algún sector de la doctrina abogue por su derogación[118].

-La propia dispersión de la normativa aplicable incidía aún más en la confusión, por ejemplo: ¿estaba todavía vigente la Orden de 9-5-1962? En sentido positivo a su vigencia –si bien con votos particulares- recuérdese la STS 5 junio de 2000 (AS 4806) y que se extendía a otras normas reglamentarias como las OO. 12 de enero de 1963 y 15 diciembre de 1965 que venían siendo utilizadas por la praxis judicial a falta de un normativa que las remplazase[119]

2. Las actividades previas que condujeron a la elaboración de la nueva lista de enfermedades profesionales

---

117 En este sentido SEMPERE NAVARRO, A.V.: "La protección de la enfermedad profesional…", p.11.

118 SEMPERE NAVARRO. AV.: "La protección de la enfermedad profesional…", p.16.

119 Véase en este sentido MORENO CÁLIZ, S.:"La tutela…", pp. 64-66.

Se podrían, esquemáticamente, resumir así[120]:

-Dentro de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo se constituyó en 1998 un grupo de trabajo para el estudio y de la situación de las enfermedades profesionales, cuyas conclusiones se plasmaron en un informe en 1999.

-En la Mesa de Diálogo Social se constituye en 2001 el grupo de trabajo Salud Laboral para el estudio –entre otros- de la enfermedad profesional en nuestro país.

-A principios de 2002 se constituyo un grupo técnico de trabajo para la actualización de la lista española de enfermedades profesionales.

-En 2004 la Mesa de Diálogo Social llegó a un acuerdo con respecto a la elaboración de un nuevo cuadro de enfermedades profesionales, marcándose un plazo para llegar a un acuerdo, que tuvo lugar finalmente en 2006, con el Acuerdo sobre Medidas de Seguridad Social.

Resumidamente, las premisas de trabajo fueron las siguientes:

-Mantener, en lo posible, la estructura de la Lista de Enfermedades Profesionales de 1978.

-Revisar e incorporar nuevos epígrafes de enfermedades profesionales de acuerdo con la Recomendación 2003/607/CE, de la Comisión.

-Revisar, actualizar y, en su caso, incorporar nuevos epígrafes de la lista indicativa de exposiciones o actividades de riesgo de cada una de las enfermedades profesionales, de acuerdo con bases de datos internacionales de reconocido prestigio.

3. El Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, que aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social y establece criterios para su notificación y registro.

Básicamente el RD 1299/2006 busca como objetivo dar respuesta al Acuerdo sobre medidas de Seguridad Social de 13 de julio de 2006 que preveía en su apartado III. 2 letra e) lo siguiente *"Se aprobará una nueva lista de enfermedades profesionales, con efectos en las correspondientes*

120 También debe de tomarse en consideración las repercusiones de: a) La publicación por la OIT en 2002 de una nueva lista de enfermedades profesionales; b) La publicación de la Recomendación de la Comisión Europea 2003/670/CE, sobre nueva lista de enfermedades profesionales.

prestaciones de la Seguridad Social por incapacidad permanente o muerte y supervivencia que, siguiendo la Recomendación Europea sobre enfermedades profesionales de 2003, adecue la lista vigente a la realidad productiva actual, así como a los nuevos procesos productivos y de organización. De igual modo, se modificará el sistema de calificación, notificación y registro de las enfermedades profesionales, con la finalidad de hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración de tales enfermedades"

3.1 Las principales novedades del RD. 1299/2006

A) Lista ¿cerrada? ¿mixta? o ¿abierta?

Se parte de que el concepto de enfermedad profesional sigue siendo el mismo (artículo 116 LGSS) y por tanto aunque parezca una obviedad lo que se aprueba es una nueva lista de enfermedades profesionales. Lo que nos lleva en primer lugar a desechar que un modificación radical, no estamos ante un sistema abierto sino de lista. La siguiente pregunta que uno puede hacerse es como se configura *¿cerrada?* como se decía de la de 1978 o *¿se introduce un sistema mixto?* Es difícil dar una respuesta lo que esta claro es que la lista de enfermedades profesionales no se configura de forma granítica o rígida sino que contempla dos vías de actualización: una, que podría decirse "tradicional" vía Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (ahora de Trabajo e Inmigración) que requiere informe previo del Ministerio de Sanidad y Consumo y de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo[121]; y otra que podría decirse que es "*cuasi-automática*" prevista en el apartado 2 del artículo 2 del Real Decreto que establece que "*las enfermedades no incluidas en el Anexo I que sean incorporadas como enfermedades profesionales a la lista europea, serán objeto de inclusión por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, previo informe del Ministerio de Sanidad y Consumo en el cuadro de enfermedades profesionales"*. No hay que perder de vista que la actualización de la Lista Europea requiere una modificación de nuestro cuadro, no es, en definitiva, automática la actualización[122].

B) Las enfermedades "sospechosas"

---

[121] Precisará de un informe científico que avale la propuesta de modificación realizado por una comisión técnica conjunta de ambos ministerios, artículo 2.1 del Real Decreto.

[122] Véase LANTARÓN BARQUÍN, D.: "Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica", *Revista Relaciones Laborales* nº 9, 2008, pp. 38 y ss.

Otra novedad del Real Decreto es que no solamente incluye una lista de enfermedades profesionales que tengan reconocimiento científico contrastado, sería el caso de la que aparece como anexo 1, sino también una lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha, que figura como anexo 2, y cuya inclusión en el anexo 1 podría contemplarse en el futuro. Se sigue en este aspecto la Recomendación 2003/670/CE, 19 septiembre, la cuestión que a continuación se nos plantea es el alcance efectivo de que una enfermedad se encuentre en esta lista, alguna pista nos la da la propia recomendación, artículo primero 2), 6) y 7):

-Su carácter indemnizable para el trabajador afectado.

-Necesidad de que se introduzca un sistema de recogida de información o de datos sobre epidemiología de tales enfermedades sospechas como profesionales.

-Promoción de la investigación en el ámbito de tales enfermedades.

La cuestión quizás más espinosa sea el tratamiento que debe darse a su calificación y protección. Es obvio que su calificación no puede en principio ser de enfermedad profesional y por tanto su encaje habría que buscarlo en el de accidente de trabajo, es decir en la letra e) del apartado 2 del artículo 115 de la LGSS. Dicho lo anterior y teniendo en cuenta la exigencia estricta de la relación de causalidad entre enfermedad y trabajo que se viene predicando de dicho precepto *¿el hecho de estar incluida esa enfermedad en el anexo 2, le otorga algún valor adicional*? Parece que al menos debería de entenderse o dársele no sólo un valor indiciario sino más bien el de una presunción iuris tantum a favor de su carácter laboral y por tanto de accidente de trabajo protegible[123]. Adviértase también la previsión de obligación de comunicación que de estas enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales que establece el artículo 5 del Real Decreto.

C) La estructura de la nueva lista de Enfermedades Profesionales

123 En este sentido LÓPEZ GANDÍA. J. y AGUDO DÍAZ, J. "Nueva regulación de las enfermedades…", pp. 32 y 33.

También LANTARÓN BARQUÍN, D.: "Cuadro de enfermedades profesionales… ", pp. 37 y ss.

La lista del Anexo 1 se clasifica en seis grupos[124]:

Grupo 1: enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.

Grupo 2: enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

Grupo 3: enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

Grupo 4: enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados.

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

Grupo 6: enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

Dentro de cada grupo se contempla el agente o subagente capaz de producir al enfermedad y las principales actividades capaces de producirla.

El Anexo I básicamente ha recogido la lista de enfermedades profesionales incluidas en el Anexo I de la Recomendación 2003/670 y algunas del Anexo II, entre ellas todas las del grupo 3 (enfermedades provocadas por la inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros epígrafes, si bien también incluyen otras no recogidas en la Lista Europea, como las enfermedades causadas por radiaciones no ionizantes[125].

El Anexo II, recoge los mismos grupos que la Recomendación 2003/670/CE, salvo en el grupo 3 “enfermedades causadas por agentes biológicos” que aparecen recogidas en el anexo I.

D) Otras novedades del RD. 1299/2006

a) La calificación de las Enfermedades Profesionales[126]

---

124 La lista de 1978 se dividía también en seis grupos, si bien se utilizaba letras en lugar de su numeración arábica.

125 Véase MORENO CÁLIZ, S.: “Análisis de la reforma de las enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias”, Revista Tribuna Social núm. 203, 2007, pp. 15-26.

126 Artículo 3 del RD 1299/2006.

La competencia para la calificación de una enfermedad como profesional radica en la entidad gestora (actualmente INSS o en su caso ISM) sin perjuicio de la intervención de las entidades colaboradoras que cubran las contingencias profesionales (Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y en su caso empresas), incluso, se señala expresamente, para trabajadores que no se encuentren en alta.

b) La elaboración y tramitación de los partes de Enfermedad Profesional[127]

Corresponde a la entidad gestora o colaboradora que tenga a su cargo la protección de los riegos profesionales la elaboración y tramitación del parte de enfermedad profesional correspondiente. La empresa tiene la obligación de facilitar a la entidad que cubra el riesgo la información que obre en su poder y la que le sea requerida por ella.

La Orden TAS/1/2007, de 2 de enero vino a establecer un nuevo modelo de parte de enfermedad profesional, dictando normas para su elaboración y transmisión y creando el correspondiente fichero de datos personales, cuyos aspectos básicos podrían resumirse así:

-La EP se comunicará o tramitará por medio de un parte electrónico.

-Será la Entidad Gestora o la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social que asuma la cobertura de riesgos profesionales, la que resulte obligado a su elaboración y tramitación.

-Los servicios médicos de empresas colaboradoras en la gestión de riesgos profesionales deben de dar traslado, en el plazo de tres días hábiles desde el diagnóstico de la EP a la Entidad Gestora o a la Mutua según corresponda.

-La cumplimentación y transmisión del parte se lleva a cabo por vía electrónico[128].

---

127 Véase artículo 4 y Disposiciones Adicional Primera y Transitoria Única del RD 1299/2006.

128 Se lleva a cabo por medio de una aplicación informática, CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales, Seguridad Social), a la que se accede a través de la oficina virtual de la Seguridad Social (www.seg-social.es).

-La comunicación inicial del parte ha de llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que se haya producido el diagnóstico de la enfermedad profesional. La totalidad de los datos deben transmitirse en el plazo máximo de los cinco días hábiles siguientes a la comunicación inicial, a cuyo fin la empresa debe remitir la información que le sea solicitada por la entidad gestora o mutua para que esta pueda cumplir los plazos indicado (en caso de incumplimiento de la información empresarial, se pondrá en conocimiento de la autoridad laboral competente).

-La finalización del proceso (bien por alta por curación, propuesta de incapacidad, propuesta de cambio de trabajo o fallecimiento), deben de comunicarse en el plazo de cinco días hábiles al hecho que los motiva.

c) Comunicación de enfermedades que podrían ser calificadas como Enfermedades Profesionales[129]

El sistema de declaración anterior estaba basado en la declaración empresarial de la enfermedad profesional. Ahora serán los facultativos del Sistema Nacional de Salud, que como consecuencia de sus actuaciones profesionales, tenga conocimiento de la existencia de una enfermedad de las contenidas en el anexo 1 o en 2 del Real Decreto, lo comunicarán, a través del organismo competente de cada comunidad o ciudad autónoma, a la entidad gestora, a los efectos de su calificación o no como enfermedad profesional y en su caso a la entidad colaboradora que asuma la cobertura de los riesgos profesionales, obligación extensiva también a los servicios de prevención.

d) Documentación, registro y análisis de las Enfermedades Profesionales[130]

Se establece dentro de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social del Ministerio del ramo una unidad administrativa encargada de labores de recogida, análisis y registro de la documentación relativa a enfermedades profesionales. En dichas funciones de registro, análisis e investigación se deja abierta la posibilidad de que colaboren los órganos técnicos de los Ministerios de Trabajo y de Sanidad, así como los organismos respectivos de las Comunidades Autónomas.

e) Elaboración de Guías de Síntomas y Patologías[131]

---

129 Ver artículo 5 del RD 1299/2006.

130 Ver Disposición Adicional Segunda del RD 1299/2006.

Se prevé la elaboración por los órganos técnicos de los ministerios del ramo de trabajo y sanidad de una guía de síntomas y patologías relacionados con el agente causante de la enfermedad profesional que sirva de información y ayuda para el diagnóstico.

f) Derogación de las listas de Enfermedades Profesionales anteriores[132]

Se derogan expresamente el RD 199571978, de 12 de mayo y también el anexo del D. 3772/1972, de 23 de diciembre que recoge el cuadro de enfermedades profesionales y la lista de trabajos con riesgos de producirlas en el ámbito del Régimen Especial Agrario.

3.2. El contenido de la lista de Enfermedades Profesionales[133].

A) Anexo 1

Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos

A destacar:

-Un cambio de denominación curiosa: antes se hablaba de “producidas”, ahora de “causadas”.

-Frente a la lista de 1978 ofrece una ordenada relación alfabética de los agentes y subagentes.

-Se incluyen nuevos agentes a este grupo provenientes del anexo I o II de la Recomendación Europea como el antimonio, estireno y derivados de epóxidos.

-Se recogen la mayoría de las actividades que aparecía en el cuadro de 1978, si bien se han eliminado aquellas cuya utilización esta vedada por la normativa preventiva.

---

131 Ver Disposición Final Primera del RD 1299/2006.

132 Ver Disposición Derogatoria Única del RD 1299/2006.

133 Un detallado examen comparativo con la lista de 1978 puede verse en LANTARÓN BARQUÍN, D.: “Cuadro de enfermedades profesionales…”, cit., pp. 25 y ss.

-A la mayoría de agentes causantes se le incorporan nuevas actividades.

Grupo 2: enfermedades profesionales causadas por agentes físicos

Principales novedades:

-Se corresponden con el anterior grupo E.

-Se incorporan nuevas enfermedades recogidas en la Recomendación de 2003: enfermedades oftálmicas a consecuencia de exposiciones a radiaciones ultravioleta y los nódulos de cuerda vocal a consecuencia de sobreesfuerzos en la voz[134].

-Ofrece mejoras en la ordenación de las patologías osteomusculares y las relaciones con las posturas forzadas y amplía las actividades relacionadas con lesiones del menisco[135].

-En lo concerniente a la sordera profesional se adicionan otras actividades de riesgo[136].

-Se sustituye el epígrafe de las enfermedades causadas por aire comprimido por el de comprensión y descompresión atmosférica.

Grupo 3: enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos

A reseñar:

-Viene a corresponderse con el anterior grupo D.

-Se incluyen enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección, con exclusión de aquellos microorganismos incluidos en el RD 644/1997, de 12 mayo.

---

134 Adviértase que esta enfermedad se encuentra recogida el anexo II de la Recomendación.

135 Antes sólo en consideración a actividades en minas subterráneas y ahora se relaciona con trabajos prolongado en posición arrollada o en cuclillas.

136 Por ejemplo recolección de basura doméstica, instalación de equipos de amplificación de sonido, etc.

-Se añaden nuevas actividades en el apartado de enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por animales o por sus productos o cadáveres.

-Se añaden además enfermedades infecciosas y parasitarias como la micosis, legionella no incluidas en otros apartados.

Grupo 4: enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados

A destacar:

-La nueva lista reproduce íntegramente la anterior, añadiendo algunas actividades o precisando otras ya recogidas[137].

-Se numeran y clasifican numerosos agentes patógenos además de los de la lista de 1978.

-Se incorpora como enfermedad la rinoconjuntivitis, la alveolitis alérgica extrínseca (neumonitis de hipersensibilidad), el síndrome disreactivo de la vía aérea, la fibrosis y la neuropatía intersticial difusa.

Grupo 5: enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados

Novedades:

-Se reestructura totalmente, organizándose por agentes y no por enfermedades.

-Incluye como novedad las actividades en enfermedades derivadas de sustancias de bajo peso molecular.

Grupo 6: enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

Básicamente las novedades son:

-Se podría relacionar con el anterior grupo F.

---

137 Por ejemplo, en la silicosis añade: trabajos en obras públicas, industria cerámica, siderometalúrgica, fabricación de refractarios, abrasivos, industrias del papel, fabricación de pinturas, plásticos y gomas.

-Sistematiza y ordena en un solo grupo todos los factores cancerígenos que en la lista de 1978 estaban dispersos.

-Incorpora algunas de las enfermedades del Anexo II de la Recomendación 2003/670 (como las afecciones y cánceres broncopulmonares consecutivos a la exposición al hollín, alquitrán, asfalto, brea antraceno y sus compuestos).

-Se incorporan nuevos agentes carcinogénicos: berilio, bis –(cloro-metil) éter, cadmio, hidrocarburos aromáticos policíclicos, polvo de madera dura, radón, nitrobenceno, ácido cianhídrico, cianuros, compuestos de cianógeno y acrilonitrilos.

B) Anexo II

El anexo II contempla una lista de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el anexo I en un futuro podría contemplarse. Es más reducida que el anexo I, quizás por que algunas de ellas ya se han incorporado al mismo[138], como por ejemplo todas las de grupo 3[139], o incluso ya estaban presentes en la lista anterior[140].

Quedan en definitiva los siguientes grupos:

-Grupo 1: enfermedades provocadas por agentes químicos. Como por ejemplo las enfermedades provocadas por la inhalación de polvo de nácar, utilización del ozono, provocadas por sustancias hormonales o caries dental debida al trabajo en industrias chocolateras, del azúcar y de la harina, etc.

-Grupo 2: enfermedades provocadas por agentes físicos. Como las provocadas por vibraciones verticales repetitivas o por el frio.

-Grupo 4: enfermedades provocadas por la inhalación de sustancias no comprendidas en otros grupos. Como fibrosis pulmonares debidas a metales no incluidos; afecciones broncopulmonares debidas a fibras minerales y las sintéticas; y afecciones respiratorias –asma- causadas por sustancias irritativas no recogidas en el anexo I.

---

138 Por ejemplo los nódulos en cuerdas vocales.

139 Enfermedades provocadas por agentes biológicos.

140 Por ejemplo algunos agentes químicos (alcoholes o sus derivados alogenados, éteres y su derivados, o el talio y sus compuestos.

-Grupo 5: enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros grupos. Se trata de afecciones alérgicas y ortoérgicas no reconocidas en el anexo 1[141].

-Grupo 6: enfermedades provocadas por agentes carcinogénicos. Como cáncer de laringe producido por inhalación de polvo de amianto; y enfermedades provocadas por agentes carcinógenos de C1 y C2 dada por el RD 1124/2000, de 16 julio sobre protección de los trabajadores contra los riegos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.

4. Algunas consideraciones sobre la "Lista Europea" de 2003 y la "Lista Española" de 2006

La estructura de la "Lista Española" está inspirada en la "Lista Europea" (y también puede considerarse similar a la Recomendación de la OIT de 2002), incluso mejorando algunos aspectos de esta, como por ejemplo la inclusión dentro del anexo 1 la patología de las cuerdas vocales en maestros y teleoperadores.

Quizás sin embargo podría imputarse a la "Lista Española" que deja a un lado referencias explicitas a medidas preventivas como indica la Recomendación 2003/670/CE[142] y que parece que predomina la orientación hacia la prestación en detrimento de la investigación, vigilancia epidemiológica. Y por último un olvido de la toma en consideración de las enfermedades psicosociales relacionadas con el trabajo[143].

III. ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA PRODUCTIVO COMO DESENCADENANTE DE NUEVAS PATOLOGÍAS: LOS RIESGOS PSICOSOCIALES

---

141 Aunque quizás a tenor de la configuración de estas enfermedades en el Anexo I podrían entenderse allí comprendidas, véase MORENO CALIZ, S: "La lista de enfermedades profesionales a la luz de recientes textos internacionales", Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004, pp. 119-130.

142 Véase artículo 1.1 de la Recomendación

143 Véase artículo 1.7 de la Recomendación

1. Unas breves consideraciones

La "Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (2007-2012)" es continuadora de las "Estrategias Comunitarias de Salud y Seguridad (2002-2006)" en torno al diseño de las políticas públicas en seguridad y salud en el trabajo, en el sentido de "integrar todo el conjunto de riesgos" a los que quedan expuestos los trabajadores, singularmente los denominados riesgos emergentes, entre los que destacan "los riesgos psicosociales derivadas de la organización del trabajo". Aunque resulte extraño los accidentes de trabajo de tipo traumático, todavía excesivos en nuestro país, son cada vez menos, por el contrario los accidentes y / o enfermedades vinculadas a la exposición de riesgos de tipo ergonómico o psicosociales aumentan a un gran ritmo.

Pues bien pese a ello y la Recomendación 2003/670/CE, de 19 septiembre, que en su artículo 1 apartado 7) recomienda a los Estados miembros "*que promuevan la investigación en el ámbito de las enfermedades relacionadas con una actividad profesional, en particular para las enfermedades que se describen en el anexo II y para los trastornos de carácter psicosocial con el trabajo*", el RD 1299/2006 no contempla en modo alguno síndromes, daños, patologías de origen psicosocial, que seguirán como hasta ahora bajo la ficción del accidente de trabajo previsto en la letra e) del apartado 2 del artículo 115 de la LGSS[144].

Antes de analizar como bajo el "paraguas" del accidente de trabajo se vienen protegiendo los mismos, parece oportuno que se aborden algunas notas caracterizadoras o delimitadoras de estas nuevas o mejor dicho hasta ahora no abordadas patologías profesionales.

A) En relación con la carga psíquica del trabajo: Estrés-Distrés y Distimias

El estrés viene a ser una respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier exigencia interna o externa. Esas exigencias son generadoras de situaciones agudas o crónicas. Se habla de estrés agudo en los casos en que la agresión "estimular" es intensa, pero limitada en el tiempo. Siendo la respuesta del organismo será igualmente intensa, violenta e inmediata. Junto a

144 Véase MOLINA NAVARRETE, C.: "Nuevo cuadro de enfermedades profesionales, enfermedades del trabajo y riesgos psicosociales ¿una nueva oportunidad de modernización real perdida", Revista La Mutua, nº. 18, 2007, pp.21-34.

ella está el estrés crónico producido por agresiones enérgicas o moderadas, pero repetidas o y próximas en el tiempo, que exigen una adaptación frecuente. Una persona se dice que se encuentra sometida a estrés cuando la dosis de exigencias acumuladas supera el umbral óptimo de adaptación y su organismo empieza a manifestar señales de agotamiento. Desde otro punto de vista el estrés puede considerarse como el estado manifestado por el síndrome general de adaptación. También se suele poner en relación el estrés con la depresión, en el sentido de que reiteradas situaciones de sufrimiento pueden conducir a ella[145].

B) En relación con las disfunciones de la organización del trabajo

Las condiciones de trabajo inadecuadas, deficientemente estructuradas o pervertidas pueden llegar a ser fuente u origen de situaciones patógenas. La organización del trabajo suele crear un entramado de relaciones jerárquicas en las que puede haber armonía o al revés, exigencias en las que la desestructuración de la organización origine actitudes psicopatológicas en algunas personas a las que el ambiente o las condiciones personales previas, o ambas, conviertan en más propensas a disfunciones mentales.

Entre esas desestructuraciones psicosociales responsables de patologías psiquiátricas y de sufrimiento y absentismo laboral[146], pueden señalarse las siguientes:

- Síndrome de "estar quemado" ("Burn-out")

Se trata de un trastorno funcional desencadenado por sobrecarga física y mental acumulada en cometidos profesionales que soportan una dificultad añadida por la relación con terceros, generalmente usuarios del servicio. Las personas que dicen "*estar quemados"* por su trabajo presentan como síntomas: cansancio, desmotivación, pérdida de autoestima, etc. Lo que les genera múltiples problemas en su entorno y que suelen agravarse por su actitud, por

---

145 Véase DIAZ FRANCO, JJ: "Calificación y procedimiento de identificación de las enfermedades profesionales", *Revista Técnica de Seguridad Social y Prevención*, nº. extra, junio, 2002, pp. 29.

146 Véase DIAZ FRANCO, JJ: "Calificación y procedimiento…", Ob. Cit. pp. 31-32.

su forma de ser y que pueden llevar a alteraciones somáticas y a un síndrome depresivo severo.

Se dice que se desarrolla gradualmente y pasa por cuatro fases:

a) una fase idealista, caracterizada por alto nivel de energía y expectativas depositadas en el trabajo;

b) una segunda fase de sobreesfuerzo en la que el individuo advierte que sus esfuerzos no están a la altura de sus expectativas, ni le son reconocidos;

c) una tercera fase de desilusión y paralela frustración, en la que aparece la desilusión, acompañada de fatiga, mientras incrementa el esfuerzo invertido esperando todavía una recompensa adecuada, cuya ausencia determina impaciencia e irritabilidad;

y d) la fase final de desmoralización, caracterizada por la pérdida de interés en el trabajo e incapacidad para trabajar y de relacionarse socialmente en el entorno laboral.

Los síntomas de este trastorno son físicos (fatiga, problemas con el sueño, cefaleas, etc.) o psicológicos (ansiedad, depresión, etc.), de conducta (agresividad, etc.), absentismo laboral, tristeza, etc.

Cercano al “burnout” y cuyo origen se sitúa en el Japón esta el “karoshi” o muerte por exceso del trabajo, se trata de una manifestación extrema de las consecuencias dañosas del estrés en el trabajo que parece ser específica de la cultura japonesa.

- Síndrome del trastorno del ritmo circadiano o del trabajador a turnos

Relacionada con la organización del tiempo de trabajo se sitúa el problema del trabajo a turnos, como los del trabajo nocturno que puede alterar severamente el ritmo biológico de una persona. En el caso del ritmo circadiano (día-noche) su alteración provoca consecuencias no deseadas para quienes tienen que trabajar a turnos. Piénsese que la persona que trabaja a turnos, singularmente por la noche, lleva a cabo sus cometidos con un esfuerzo añadido, impuesto por el hecho de llevarlo a cabo precisamente en ese período que normalmente sería de descanso, lo que le llevará a intentar compensarlo

durante el día en que sería el período de actividad normal, con un sueño generalmente menos reparador que el nocturno. La patología del trabajador a turnos se suele caracterizar por: trastornos del sueño, trastornos nerviosos en relación con la fatiga (alteraciones de la líbido, astenia física matutina, astenia psíquica, etc.).

- Acoso moral ("Mobbing")

Se trata de una modalidad de acoso dentro de la organización laboral sobre una o más personas, con fines intimidatorios, cuya consecuencia es una agresión sistemática, intermitente y sostenida en el tiempo, orientada a provocar su exclusión social o el abandono del puesto de trabajo y de las expectativas personales o profesionales[147]. Suele presentarse como actitudes persecutorias y coactivas dirigidas a personas brillantes y cumplidoras en su cometido laboral o simplemente incomodas. Se puede llegar a presentar como un programa sistemático y maquiavélico para provocar sentimientos de miedo, hostilidad, desánimo, descrédito, etc., en la persona acosada. Los que perpetran el acoso suelen llevarlo a cabo de forma sibilina, buscando la complicidad de otros, que contribuyen positivamente o mirando a otro lado a crear el vacío o extrañamiento de la víctima. Lo que provocará en ella somatizaciones, pérdida de ánimo e incluso en caso extremos ideas autolíticas.

- Patologías ligadas al teletrabajo

Es el teletrabajo actividad laboral generalmente ligada al sector de los servicios, bien por cuenta ajena o por cuenta propia, que se lleva a cabo fuera del centro de trabajo habitual utilizando tecnologías de la información y las telecomunicaciones. Frente a las ventajas que suelen preconizarse de esta modalidad la otra cara de la moneda suelen ser riesgos psíquicos derivados de la soledad, la falta de apoyos y referencias sociales a la anomía laboral ocasionada por la necesidad autodisciplinarse (estableciéndose normas, límites, responsabilidades, etc.). Como no hay estímulos, frenos, referencias, organización, etc., el teletrabajo suele provocar desánimo, insatisfacción, etc.

- Drogodependencias

147 Véase DIAZ FRANCO, JJ: "Calificación y procedimiento…", p. 34.

La droga es una sustancia, terapéutica o no, que introducida en el cuerpo por cualquiera de los mecanismos posibles como la inhalación de vapores o humos, ingestión, o administración endovenosa, etc., es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del individuo hasta provocar en él una alteración física o intelectual, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de su estado psíquico. Modificaciones o cambios que predisponen a una reiteración del producto y en definitiva a la dependencia en su uso. Esas adicciones y las consecuencias indeseables que más tarde o temprano dan la cara e inciden en la presencia y actualización de riesgos profesionales, especialmente de accidentes de trabajo.

- Ergodependencia

Se trata de trastornos del control de los impulsos que llevan al trabajador a refugiarse en el trabajo. Le lleva a dedicarse excesivamente al trabajo con graves consecuencias físicas y mentales para los mismos. Se suele poner de ejemplo a los trabajadores japoneses que, por su propia idiosincrasia (entre ellas el sentimiento de fidelidad de por vida a la empresa que les acogió), llevan a cabo una intensísima actividad laboral que les impide descansar ni un solo día durante períodos muy largos de tiempo y que les lleva incluso a planteamientos reivindicativos absurdos –desde el punto de vista occidental- como la conocida "*huelga a la japonesa*". La tensión voluntaria acumulada conduce muchas veces a trastornos mentales e incluso a conductas autolíticas.

2. Su protección actual

Como ya se ha dicho sólo encuentra hoy en día encuadre su protección dentro de la cobertura del accidente de trabajo en su sentido amplio (evidentemente también lo encontraría como patología no profesional). Realmente su protección se debe básicamente a la generalizada "conciencia jurídica" de la necesidad de su protección y que ha venido encontrando su respaldo en la labor de los Tribunales y que en síntesis se ofrece a continuación.

2.1 Su consideración como accidentes de trabajo

En el caso de las enfermedades psíquicas y / o mentales que tales riesgos provocan, su calificación podrían en principio encuadrarse en:

a) En la letra e) del apartado 2 del artículo 115 de la LGSS.

Se trataría de aquellas enfermedades posteriores a un accidente laboral en el sentido estricto del término, del que podrían derivar lesiones orgánicas, como por ejemplo: demencias surgidas tras un traumatismo craneal; o bien como una reacción psíquica o mental tras el accidente, como por ejemplo: tras una caída al vacío, quien desarrolla una fobia a las alturas; o quien tras una accidente presenta vivencias anormales del mismo.

b) En la letra f) del apartado 2 del artículo 115 de la LGSS.

Se trataría de aquellas enfermedades anteriores al accidente que tras el mismo empeoran en su curso.

c) En la letra g) del apartado 2 del articulo 115 de la LGSS.

En este caso lo que ocurre es que la enfermedad es previa al accidente pero altera el proceso de curación de las lesiones directamente derivadas del accidente

De los supuestos que podríamos considerar los analizados hasta ahora por los Tribunales (salvo error u omisión), su concreción se han venido amparando como accidente de trabajo –casi unánimemente- vía letra e) del apartado 2 del artículo 115 de la LGSS.

En este concreto tipo legal de accidente de trabajo no se considera como suficiente que el trabajo sea elemento que incida o actúe en la génesis de la enfermedad, sino que debe ser el único factor causal de la misma. En principio, no tendrá encaje la enfermedad que sea confluencia de varias causas, algunas de las cuales provengan del trabajo y otras no. Es decir no se puede confundir pluralidad de causas reales con variedad de causas posibles, pero una real. Por ejemplo la hepatitis C se contrae por el contagio de un virus que puede inocularse por múltiples causas, pero si se prueba que fue por un pinchazo recibido en el trabajo, será accidente de trabajo. Sin embargo, por ejemplo, si una persona padece bronquitis crónica por su condición de fumador, si sufre una crisis bronquítica por inclemencias del tiempo, al que se encuentra expuesto por su actividad laboral (repartidor, por ejemplo), no cabría considerar la situación como derivada de accidente de trabajo, ya que se debe a la consecuencia de dos causas, de la que una es ajena al trabajo (su bronquitis crónica).

Así pues se analizará la procedencia de la aplicación de la letra e) del apartado 2 del artículo 115 de la LGSS a patologías psicosociales (básicamente en torno a la figura del estrés profesional y al acoso moral laboral).

2.2. El estrés laboral

Dentro de esta figura encajan los trastornos anímicos que un trabajador presenta motivados únicamente por incidencias surgidas en su trabajo y le impiden desempeñarlo, teniendo su causa exclusiva en la ejecución del trabajo por cuenta ajena. Así se reconoce para quien presenta el "síndrome de estar quemado" (STSJ País Vasco de 2 de noviembre de 1999 AS 4212); o de quien sufre una depresión originada por una decisión empresarial de modificación sustancial de sus condiciones de trabajo (STJ País Vasco de 9 de mayo 2000 AS 3289); en quien presenta una reacción de ansiedad desencadenada por problemas laborales (STSJ País Vasco de 17 diciembre de 2002 AS 2003, 1849); en médico del servicio UCI que presenta cuadro ansioso depresivo asociado, de evolución crónica desfavorable, estando agotadas todas las posibilidades terapéuticas y en tratamiento continuo, con limitaciones orgánicas y funcionales de apatía intensa con fobia al entorno, tristeza, rechazo radical a la profesión médica en este contexto limitación permanente para la actividad laboral (S Juzgado de lo Social núm. 1 de Alicante de 6 de mayo de 2004 AS 18669); en camarero con trastorno depresivo por problemática laboral (STSJ País Vasco 7-9-2004 AS 2005, 19748); en ertzaina con trastorno por estrés traumático (STSJ País Vasco de 16 noviembre de 2004 PROV 2005, 40372); en trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y las conductas derivadas de presiones amenazas, insultos y agresiones que recibía por su condición hertziana (STS de 18 de enero de 2005, RJ 1157); en profesora que es diagnosticada de trastorno de ansiedad generalizada y que tiene una personalidad obsesivamente perfeccionista y alto nivel de autoexigencia, que en el año 1992 comenzó a presentar cansancio, sensación de malestar, parestesias, fobias, miedos, irritabilidad, distimias, bloqueos cognitivos mientras impartía las clases, etc., síntomas que remitían en períodos vacacionales y fines de semana (STSJ Cataluña 20 enero 2005 AS 31); en fisioterapeuta infantil con baja por estrés agudo, con posterior diagnóstico de síndrome postraumático a un conflicto laboral y fobia laboral específica (STSJ País Vasco 26 abril de 2005 AS 2027); limpiadora con ansiedad secundaria a agresión en el trabajo (STSJ País Vasco 6 de septiembre de 2005 AS 3410); en telefonista con crisis de ansiedad derivada de un conflicto objetivo existente en su trabajo (STSJ País Vasco de11 de octubre de 2005, AS 2742); en un ertzaina que

sufre un trastorno adaptativo por una situación de conflicto existente en el departamento donde prestaba sus servicios (STSJ País Vasco, de 28 de noviembre de 2006, PROV 2007, 94562); en enfermera de Unidad de Salud Mental diagnosticada de un trastorno depresivo grave en relación con estrés crónico laboral (STJ Andalucía de 10 de enero de 2007, AS 2008, 53).

Otras veces a los Tribunales les basta que los expertos médicos y psicólogos entiendan que el origen de la situación o perturbación tanto física como psicológica que padezca el trabajador tenga su origen laboral sin tener que entrar a discutir si se está ante la figura del acoso laboral o ante el síndrome de estar quemado (STSJ Castilla La Mancha 30 diciembre de 2005, AS 3712).

Por el contrario debe recordarse que no cabe esta calificación cuando la incapacidad para el trabajo venga motivada por una alteración anímica generada en una persona con patología psíquica previa, en la que los problemas laborales actúen como mero elemento desencadenante en esos episodios (SSTSJ País Vasco, de 15 julio de 2004, 3 de junio de 2003 AS 2472), o en los que sin concurrir ésta, el trastorno surge por la confluencia de múltiples avatares en su vida, parte de los cuales son ajenos al trabajo (STJS País Vasco 2 de mayo de 2006, AS 2007, 785), para el caso de un escolta privado en baja por enfermedad por síndrome ansioso depresivo derivado de que vive mal la tensión propia de su profesión por su personalidad de base, con problemas familiares y económicos, ya que falta la exclusividad exigida por la norma.

Ni tampoco para quien ha desarrollado un cuadro de esquizofrenia paranoide con ideas de perjuicio y persecución, con sucesivos episodios y reingresos, en el que se aprecia un desarrollo paralelo con la actividad laboral, o al menos proyección sobre la misma, pero sin una vinculación directa determinante, sobre la base de que la actora presenta un trastorno de ideas delirantes, centrado fundamentalmente en el perjuicio que para su vocación de dramaturga suponen las condiciones concretas en que se desarrolla su vida y que se actividad laboral real –prestaba servicios en una empresa de telemarketing- le impide desarrollar (STSJ Madrid de 14 marzo de 2005 AS 1703).

Ahora bien no impide la calificación como laboral cuando las amenazas, insultos, agresiones que recibía en su condición de ertzaina lo eran fuera de sus actividades profesionales, ya que la causa única de su trastorno fue la

conducta que soportaba por su concreta condición de ertzaina STS de 18 de enero de 2005 RJ 1157). Ni tampoco el hecho de que la conducta laboral de la empresa no sea constitutiva de acoso laboral ni lesionara el derecho a trato digno del trabajador, pues resulta irrelevante de que fuese o jurídicamente impecable la decisión de la empresa de tramitar un expediente de regulación de empleo que afecto a más de cien trabajadores y que el trabajador había rechazado acogerse a jubilación anticipada, si el trabajador en ese contexto de conflictividad laboral desarrolló un cuadro de ansiedad que fue tributario de incapacidad temporal (STSJ País Vasco de 29 diciembre de 2006 AS 2007, 897).

Una cuestión que conviene advertir es su posible confusión con la figura del acoso laboral. Quizás la distinción pueda estar en que en el acoso laboral hay una intencionalidad lesiva, procedente del empleador o superior (lo que se denomina acoso vertical) o por los propios compañeros (acoso horizontal), mientras que en el "*burn out*" el elemento intencional está –en principio- ausente (STSJ Andalucía 10 de enero de 2007 AS 2008, 53).

2.3 El acoso psicológico de carácter laboral

Las expresiones como psicoterror laboral u hostigamiento psicológico en el trabajo, "*mobbing*", etc., vienen haciendo referencia a situaciones en las que una persona se ve sometida por otra u otras en su lugar de trabajo a una serie de comportamientos o conductas hostiles como, por ejemplo:

- Actuaciones contra la víctima: el superior le limita las posibilidades de comunicarse, le cambia de ubicación separándole de sus compañeros, se juzga de manera ofensiva su trabajo, se cuestionan sus decisiones, etc.;

- Búsqueda de su aislamiento social;

- Arremetidas a su vida privada;

- Agresiones verbales (gritos, insultos, etc.);

- Se le critica y se difunden rumores sobre esa persona.

Situación de hostigamiento en la que no sólo puede ser derivada de la conducta del superior sino también de los compañeros de trabajo, el denominado acoso horizontal (SJS núm. 2 Ferrol, de 19 de mayo de 2005 AS 1685). Y como síntomas de las personas sometidas a *"mobbing"* se señalan:

ansiedad, pérdida de autoestima, depresión, etc. (STSJ Navarra de 30 abril de 2001 AS 1821).

Y así se considera que hubo acoso laboral o "mobbing" cuando al trabajador: a) se le vació de atribuciones como jefe de servicio de un Instituto Municipal; b) carecía de ocupación efectiva, atribuyéndole tareas marginales y residuales; c) se le privó de ordenador y únicamente se le facilitó una mesa con una cajonera; d) se le destinó al cuarto de fotocopias y posteriormente a una mesa con posición de cara a la pared (S. JS n.º 30 de Madrid de 18 de marzo de 2002. También en el caso de una administrativa de una asesoría que fue sometida a un progresivo ninguneo por parte del empresario, y a un continuo y también progresivo hostigamiento por parte de de otra trabajadora en concurrencia o connivencia con el empresario, en el que voluntaria o involuntariamente participaron el resto de empleado (S. JS. n.º 1 de San Sebastián de 10 de abril de 2003). Se imputa a mobbing la reacción mixta ansiedad-depresión de la limpiadora de un colegio provocada por el acoso a que era sometida por el conserje de un colegio público que agredía verbalmente a las limpiadoras y ensuciaba lo que habían limpiado, llegando incluso a dejar encerradas a varias empleadas mientras se cambiaban de ropa, generando un entorno laboral hostil e incomodo objetivamente considerado (STSJ Navarra de 30 de abril de 2001). En el mismo sentido la conducta del empresario que raíz de una disminución de la productividad de los mismos, decide someterlos a un plan de seguimiento específico que incluía una serie de medidas consistentes en asignación de nuevas tareas, limitación de los desplazamientos por la empresa, cambio de ubicación y restricción en el acceso a determinados medios de trabajo como fotocopiadora o servicios informáticos (TSJ Comunidad Valencia –sala de lo contencioso administrativo- 25 febrero de 2001). O para el caso de una trabajadora que fue sometida en un período de 6 meses a dos traslados, en uno se le degradó profesionalmente, subordinándola a la otra encargada, cuyas órdenes se limitaba a transcribir o copiar, no se le suministró taquilla donde guardar sus efectos personales e incluso se le dejó encerrada en el cuarto de la limpieza durante tres horas, cuando estaba confeccionando los partes; en el segundo traslado se le fijó un incomodísimo horario y un cometido que difícilmente podría realizarse en el mismo. Al mismo tiempo se le empezaron a efectuar descuentos en nómina por supuestas faltas al trabajo, etc. (STSJ Madrid de 13 de marzo de 2004).

Pero estas conductas deben diferenciarse y no son parangonables con, por ejemplo:

a) El ejercicio arbitrario del poder directivo empresarial, pues mientras que con éste el empresario suele simplemente buscar por medios inadecuados un mayor aprovechamiento de la mano de obra, imponiendo condiciones de trabajo más favorables a sus intereses, con el acoso lo que se pretende es causar daño al trabajador socavando su personalidad. De aquí que quien invoque padecer acoso moral, no le baste con acreditar hipotéticas arbitrariedades empresariales en el ejercicio de su poder directivo, sino que debe demostrar que (STJS Madrid 20 de marzo de 2003 AS 3244 o STSJ Extremadura de 16 diciembre de 2003 AS 2004, 653):

-La finalidad del empresario como sujeto activo del acoso, o en su caso, como sujeto tolerante del mismo, era perjudicar la integridad psíquica del trabajador o desentenderse de su deber de protección en tal sentido.

-Que se le han causado unos daños psíquicos, lo que exige patología demostrativa de los mismos.

En definitiva no cabe admitir que se haya incurrido en acoso moral los superiores orgánicos si su actuación se ha limitado a exigir el cumplimiento de las funciones que le eran propias al trabajador, sin que en dicho ejercicio se observe extralimitación o desproporción que es lo que pude caracterizar una presión psicológica injustificada (STSJ Andalucía de 11 de julio de 2003 AS 2004, 1239).

b) En los supuestos de conflictividad laboral entre trabajador y empresa, la cadena de denuncias, demandas y desavenencias, no encajan dentro del acoso laboral o mobbing, pues no existe elemento intencional demostrado tendente a socavar su voluntad con actos de desprecio para expulsarla de su trabajo, no demostrándose que las bajas hayan tenido su causa exclusiva en el trabajo (STSJ Madrid 29 de enero de 2004 JUR 234350).

O cuando lo único que se acredita es un conflicto entre la trabajadora y la Jefa de Enfermería y Directora del Centro de Salud en la que presta su trabajo, así como una desorganización al asignarle los cometidos programados a las enfermeras, sin que se haya evidenciado el denunciado acoso laboral (STJ Navarra de 23 diciembre de 2002 (AS 2003, 679).

Ahora bien, el hecho de que no conste la existencia de la figura del "mobbing" por tratarse de un conflicto laboral de larga evolución que provoca un trastorno adaptativo mixto, no impide su calificación como accidente de

trabajo si la patología es imputable al trabajo (STSJ Navarra 31 marzo de 2005 JUR 119496).

c) Tampoco resulta indiciario la apertura de un expediente disciplinario, pues entra dentro de las prerrogativas de la empresa si entiende que hay una contravención de las obligaciones contractuales del trabajador, pues los Tribunales pueden, en su caso, revisar la sanción de la empresa (STJS País Vasco de 30 de abril de 2002 AS 2411).

c) Y si la patología psíquica –cuadro ansioso depresivo- estaba ya instaurada antes del inicio de la relación laboral (STSJ Madrid 12 septiembre de 2005 AS 3370), no cabe en principio considerar que hubo acoso.

d) Por otro lado si no se acredita el ambiente hostil del empresario hacia la persona del trabajador, sino que los problemas psicológicos derivan de circunstancias ajenas al entorno laboral, derivadas de una reacción subjetiva ante el conflicto vivido con su jefe y hermano y que son fruto de las características personales que condicionan la manera de vivir la situación, de enfrentarse al problema y la magnitud de las consecuencias desarrolladas (TSJ Madrid 17 de mayo de 2004 AS 2165).

e) No lo es cuando la trabajadora presenta un síndrome depresivo vinculado a la decisión empresarial de proceder a amortizar su puesto de trabajo, si que conste ningún otro dato que permita identificar una específica conducta de maltrato a la trabajadora, más allá de los efectos negativos que la perdida de empleo le haya causado (STSJ Madrid 20 de marzo de 2003 AS 3244).

f) Ni tampoco si se trata de conductas sindicales aisladas o duraderas que afectan a al persona cuyo cese se pide, conducta que en principio no es abusiva o ilícita, de admitirla se impediría el ejercicio del derecho a la acción sindical (SJS n.º 1 Ferrol de 19 de mayo de 2005 AS 1685).

IV. VALORACIÓN GLOBAL DE LA REFORMA

Tras la entrada en vigor del RD 1299/2006 los estudios, análisis, comentarios sobre el mismo no se hicieron esperar. De entre los mismos podrían comentarse la sorpresa que algunos de ellos producen por su visión

crítica negativa de mismo. Es fácil encontrar expresiones o mensajes en torno a ciertas las carencias del nuevo cuadro de enfermedades profesionales, como: están ausentes las EEPP causadas por agentes psicosociales; destacan ausencias de signos, síntomas y patologías relacionadas con los agentes causales; un predominio de las orientaciones reparadoras en detrimento de la investigación epidemiológica y prevención, etc. Debe de advertirse que la mayoría de estas observaciones se contienen en estudios no propiamente jurídicos.

Pero vayamos por partes. Desde que se inició una protección específica de las enfermedades profesionales con la elaboración de listas –partamos en tal sentido de 1961- las críticas y los reproches han sido continuos. Si nos centramos en la última podría apreciarse que todas las observaciones, reparos, etc., lo son porque se analizan con pérdida de la perspectiva y se hacen con los "ojos" del momento, es decir, muchos años después de su implantación, sin pensar en cual era la situación y las posibilidades del momento en que se promulgaron. Todas las listas previas a la actual, la de 1961 y la de 1978, supusieron un importante avance y mejora respecto a la situación precedente.

Centrándonos en la actual de 2006 cabría hacer las siguientes reflexiones.

-¿Es que no supone una adecuación a la realidad productiva actual y a los nuevos procesos productivos?

-¿Es que no se han tomado en consideración los avances en la medicina y en ámbito científico?

-¿Es que no se ha tratado de incorporar o ajustarse a la Recomendación 670/2003?

Llamadas de atención en este sentido podrían seguir haciéndose.

Ciertamente si se analiza el sistema de 1978 –quizás con los "ojos" actuales- el mismo presentaba deficiencias en torno a:

-Implicación del Sistema Nacional de Salud (escasa formación médica en salud laboral, escasa sensibilidad en torno a la consideración del medio de trabajo como escenario de riesgos de enfermedad).

-Deficiencias en torno a su protección por la Seguridad Social, basado en orientaciones básicamente reparadoras e indemnizatoria, sin implicación preventiva alguna.

-Déficit en el sistema de comunicación y declaración de las EEPP.

-Etc.

Pero hay que insistir si se compara el cuadro de 1978 con referencia al de 1961, no parece que la valoración deba ser negativa. Y este mismo razonamiento debe ser aplicado al actual de 2006.

Realmente el éxito o clave del nuevo régimen jurídico de las EEPP, va a estar en el correcto funcionamiento de: la comunicación (por tanto implicación real y efectiva del Servicio Público de Salud, Mutuas, INSS, Servicios de Prevención y empresas); b) una correcta notificación; c) un adecuado sistema de documentación, registro y análisis; y d) una elaboración de criterios técnicos que permita el trabajo uniforme de todos los implicados.

Si funciona y los responsables son conscientes de su importancia, la actualización de la "lista" –tema tan cuestionado de la anterior- no debe causar ningún problema. Las denuncias de debilidad o falta de estímulo a la investigación y prevención dejarán de tener sentido y se llegará a pasar de un sistema reparador a uno preventivo.

La otra debilidad que se achaca al actual régimen jurídico de las enfermedades profesionales, sobre su falta de atención a los riesgos psicosociales, es certera pero de muy compleja solución. Téngase en cuenta que en principio el estrés, las depresiones,…, no son enfermedades del tipo, por ejemplo, de la silicosis, por cuanto su aparición y la patología a ella asociada no son fruto de la exposición a un único factor, sino que a menudo derivan de la influencia de un amplio y heterogéneo grupo de ellos; en definitiva, su análisis no puede ser unifactorial si no multifactorial. Adviértase que en estos riesgos hay que tomar en consideración cuatro factores: a) las circunstancias en que se desarrolla la actividad (por ejemplo: contenido de las tareas, presión del tiempo, ambigüedad y conflicto en el papel asumir en el trabajo, aislamiento); b) la estructura y dirección de la empresa (por ejemplo: rigidez o dejación en el gobierno de la empresa, como se controla la actividad, relaciones interpersonales, trabajo emocional); c) las características personales del trabajador (por ejemplo: singularidades de su personalidad, edad avanzada y cambios en el trabajo, falta de preparación ante situaciones problemáticas; expectativas profesionales); y d) las condiciones ambientales (por ejemplo: el entorno físico, violencia en el lugar objetivo, hostigamiento psicológico, etc.). Como se puede apreciar son múltiples y variados los aspectos a tener en cuenta entre los cuales toma un especial papel lo "subjetivo" que en muchas ocasiones toma un valor preponderante. A modo de ejemplo, mientras que la

rinoconjutivitis (grupo 4, agente H, subgrupo 01 de la lista EEPP) se asocia a trabajos en los que exista exposición de los agentes que se mencionan en la lista (sustancias de bajo peso molecular) en los trabajos que se allí se indican (por ejemplo: industria alimenticia, panadería, industria de la cerveza, entre otros), en ella la persona del empresario, compañeros o del propio trabajador poco o nada importa. Por ello, la elaboración de un hipotético listado representaría una tarea compleja y espinosa. Obviamente no se olvida que determinadas profesiones y tareas tienen un alto nivel de ser potenciales causantes de alteraciones psíquicas en los trabajadores (básicamente las vinculadas al estrés, o al síndrome de estar quemado, por ejemplo) y que una hipotética clasificación de las mismas podría ser factible. Quizás todavía los conocimientos sobre el particular no estén maduros suficientemente, de hecho es ahora cuando se hacen estudios acerca de su prevención y la elaboración de los oportunos protocolos de actuación. Posiblemente será en un futuro próximo cuando lo estén y sea el momento de abandonar su consideración como accidentes de trabajo, tal y como se configura su cobertura actual, para su inclusión dentro del ámbito de las EEPP, aunque ello abriría otro debate ¿por qué no reconducir el accidente de trabajo a su sentido estricto?

CAPÍTULO III

LA FLEXIBILIZACIÓN JURISPRUDENCIAL DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD LABORAL COMO RESPUESTA AL SISTEMA DE LISTA CERRADA

Mª Belén Fernández Collados
Profesora Contratada Doctora
Universidad de Murcia

Sumario*:* I.- LA FLEXIBILIZACIÓN JURISPRUDENCIAL COMO ALTERNATIVA A LA RIGIDEZ DEL SISTEMA DE LISTA CERRADA. II.- LA FLEXIBILIZACIÓN JURISPRUDENCIAL EN LA APRECIACIÓN DEL NEXO CAUSAL EN LA RELACIÓN ENFERMEDAD-PROFESIÓN-AGENTE DESENCADENANTE. III. LA INTERPRETACIÓN EXTENSIVA DE LA LITERALIDAD DE LA LEY: 1. La vis atractiva del concepto de "accidente de trabajo". El reconocimiento jurisprudencial de la "enfermedad de trabajo": interpretación extensiva del art. 115.2.e) LGSS con finalidad tuitiva. 2 Enfermedades o defectos agravados por el accidente. Aplicación práctica del art. 115.2.f) LGSS. 3. La enfermedad profesional ante situaciones interrecurrentes [art. 115.2.g) LGSS]. 4. Consecuencias prácticas de la interpretación extensiva del concepto de accidente de trabajo. IV. EL ANEXO 2 DEL RD 1299/2006: ¿OTRA VÍA PARA LA FLEXIBILIZACIÓN JURISPRUDENCIAL DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL?. V. CONCLUSIONES

I.LA FLEXIBILIZACIÓN JURISPRUDENCIAL COMO ALTERNATIVA A LA RIGIDEZ DEL SISTEMA DE LISTA CERRADA

Como resquicio de los antecedentes del Sistema de Seguridad Social española, sustentados sobre la idea del aseguramiento de la responsabilidad empresarial objetiva propia de los seguros sociales, el sistema vigente sigue fundamentándose en la diferenciación según el origen de la necesidad, distinguiendo entre contingencias profesionales y contingencias comunes.

Tal distinción no es una cuestión baladí, pues es conocido que las contingencias profesionales conservan un amplio repertorio de particularidades

y privilegios[148] tanto en materia de financiación y cotización, como relativas a la acción protectora, e incluso en lo referente a la gestión[149].

El artículo 116.1 LGSS define la enfermedad profesional como *"la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional"*. Definición que descansa sobre el cuadro de enfermedades profesionales establecido por el RD 1995/1978, de 12 de mayo, sucesor del Decreto 792/1961, de 13 de abril, que ha sido sustituido finalmente por el actual RD 1299/2006, de 10 de noviembre.

Así pues, no toda enfermedad de probada etiología laboral es calificada como una enfermedad profesional, tan sólo aquellas enfermedades contraídas en el ejercicio de actividades encuadradas en el cuadro de enfermedades profesionales y provocadas por los elementos o sustancias indicados en dicho cuadro. Se trata por tanto de un sistema de lista cerrada, no un sistema mixto, tal y como se recomienda desde la propia Organización Internacional del Trabajo (OIT)[150].

El sistema vigente en nuestro ordenamiento comporta una indubitada seguridad jurídica ya que se presumen *iure et de iure*[151] todas las

---

148 Particularmente interesantes resultan las reflexiones de SEMPERE NAVARRO, A. V.: "La protección de la enfermedad profesional: planteamientos para su modificación", *Aranzadi Social*, núm. 5, 2001 (BIB 2001\731), sobre la conveniencia de tal distinción entre contingencias comunes y contingencias profesionales.

149 Requisitos del hecho causante, alcance de la prestación económica o de la asistencia sanitaria, gestión, Entidad responsable del pago, duración de los subsidios, cotización separada, base reguladora, etc…

150 *Vid*. el Convenio núm. 121 OIT, relativo a las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, así como la Recomendación núm. 1994 de 2002 sobre la lista de enfermedades profesionales.

151 STSJ Cantabria de 12 de marzo de 2003 (JUR 2003, 199624) "…es una presunción iuris et de iure destinada a evitar los problemas insolubles de prueba que se presentarían si se exigiese acreditar una relación causal en materia de enfermedades, ya que normalmente será imposible trazar con certeza el desarrollo del proceso mórbido hasta su causa, de forma que sólo podrán realizarse conjeturas con mayor o menor índice de verosimilitud. La solución a dicha imposibilidad de obtener una certeza suficiente es el establecimiento normativo de una presunción, puesto que aplicando las reglas probatorias ordinarias sería casi siempre imposible calificar como profesional la enfermedad…".

enfermedades listadas como enfermedades profesionales[152]. Ello simplifica y facilita el diagnóstico y disminuye el margen de error, agilizando los trámites para acceder a las prestaciones, lo que comporta la reducción de la litigiosidad. Además, permite al trabajador relacionar la enfermedad que padece en un momento dado, con el trabajo que pudo realizar muchos años antes, llama la atención y facilita la detección de riesgos en orden a la prevención y a las obligaciones de la empresa de hacer reconocimientos médicos, e incluso permite la confección de estadísticas de sectores con riesgo de enfermedad profesional[153]. Sin embargo, presenta el gran inconveniente de impedir que se califiquen de enfermedades profesionales patologías que pese a su etiología laboral quedan fuera del cuadro de enfermedades profesionales, asimismo, no se tiene en cuenta que las enfermedades rara vez tienen un único origen, y pese a la previsión de su actualización a través del establecimiento de un procedimiento que cuente con el preceptivo informe del Ministerio de Sanidad y Consumo, lo cierto es que en casi treinta años sólo se han introducido dos cambios[154], con lo que el listado se encontraba bastante desfasado hasta su reforma en el año 2006[155], reforma que tampoco ha llegado a cubrir las expectativas de gran parte de la doctrina[156].

---

152 SSTS de 19 de mayo de 1986, de 19 de julio de 1991 y de 28 de enero de 1992, entre otras. No obstante, la STS de 14 de febrero de 2006 considera que se trata de una presunción *iuris tantum*.

153 BLASCO LAHOZ, J. F., LÓPEZ GANDÍA, J. y MOMPARLER CARRASCO, M. A.: *Curso de Seguridad Social I. Parte General*, Valencia, Tirant Lo Blanch, 2008, págs. 318 y 319.

154 La inclusión como posible causa de carbuncio, de la actividad de carga, descarga o transporte de mercancías por RD 2821/1981, de 27 de noviembre, en cumplimiento del Convenio núm. 42 de la OIT, y la incorporación de forma transitoria, por Resolución de 30 de diciembre de 1993, del síndrome de Ardystil o neomopatía intersticial difusa, propia del sector de aerografía textil de la Comunidad Valenciana.

155 Como ha puesto de relieve BLASCO LAHOZ, J. F., LÓPEZ GANDÍA, J. y MOMPARLER CARRASCO, M. A., *op. cit.*, pág. 327, uno de los defectos del sistema es la falta de actualización de la lista y de su adaptación a los cambios tecnológicos (pantallas de visualización, informática, salas blancas…), a la forma de trabajar (trabajo en cadena, posturas, movimientos repetitivos…) y a las nuevas sustancias utilizadas en los procesos productivos.

156 Entre las aportaciones más aplaudidas se encuentra la inclusión del anexo 2, siguiendo la Recomendación de la Comisión 670/2003 de 19 de septiembre, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales, en el que se encuentran enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el anexo 1 podría contemplarse en un futuro, además se añaden a la lista del anexo 1 muchos trastornos ciertamente frecuentes en la práctica, como los músculo-esqueléticos y las enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo, o los nódulos de las cuerdas vocales a causa de esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales. Sin embargo, se critica la mayor consideración de las enfermedades propias de los procesos industriales y la escasa atención a los padecimientos originados en el ámbito de los servicios, así como a las dolencias relacionadas con la organización y la carga del trabajo. Si bien, la mayor crítica suele centrarse en el mutismo absoluto en relación con cualquier modalidad de enfermedad de tipo psicológico o

Dada la rigidez de este sistema de lista cerrada ha sido precisa la búsqueda de otras alternativas con el fin de que determinados supuestos queden protegidos con las particularidades y privilegios que comporta la calificación de "enfermedad profesional". Problemática que se viene resolviendo en mayor o menor medida con la flexibilización jurisprudencial: con la flexibilización jurisprudencial en la apreciación del nexo causal en la relación enfermedad-profesión-agente desencadenante, y fundamentalmente, con la flexibilización jurisprudencial del concepto de enfermedad laboral, solución ciertamente imperfecta, ya que la misma conlleva otra serie de inconvenientes[157]. A estas dos fórmulas posiblemente haya que añadir una tercera vía de flexibilización jurisprudencial con motivo del anexo 2 del cuadro de enfermedades profesionales: "la lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el cuadro de enfermedades profesionales podría contemplarse en el futuro".

II. LA FLEXIBILIZACIÓN JURISPRUDENCIAL EN LA APRECIACIÓN DEL NEXO CAUSAL EN LA RELACIÓN ENFERMEDAD-PROFESIÓN-AGENTE DESENCADENANTE

La calificación de una enfermedad como enfermedad profesional depende de la relación causal entre tres elementos: enfermedad-profesión-agente desencadenante. Se trata de una relación de causalidad estricta de carácter triangular que permite diferenciar el concepto de enfermedad profesional del accidente de trabajo[158]. No obstante, el cuadro de enfermedades profesionales no consta de tres columnas: enfermedad; profesión; agente desencadenante, y pese a ser el soporte principal de un sistema rígido de lista cerrada, adolece de ciertas deficiencias e imprecisiones,

---

psicosomático, que ni siquiera son contempladas en el anexo 2. *Vid.* IGARTÚA MIRÓ, M. T.: "La nueva lista de enfermedades profesionales y la inamovilidad respecto a las dolencias derivadas de riesgos psicosociales", *Actualidad Laboral*, núm. 22, 2007, págs. 2695-2696.

157 A este respecto, SEMPERE NAVARRO, A. V., *op. cit.*, ha señalado que "en realidad, se está hurtando en tales casos lo que el principio de realidad demanda: que se considere como una verdadera enfermedad profesional la patología que surge a consecuencia del desempeño del trabajo; al impedirlo el sistema de lista y ser evidente el origen laboral de la misma, entra en juego el expansivo concepto de accidente de trabajo, pero la situación es criticable; la propuesta de modificar el sistema de calificación de lo que sea considerado como EP vendría a conjurar estos peligros. En suma, lo que planteo es la conveniencia de que desaparezca el mencionado precepto de la LGSS y deje de considerarse como accidente de trabajo (suele hablarse de «enfermedad del trabajo») lo que es una verdadera EP; a tal fin hay que revisar el sistema de lista actual".

158 MORENO CÁLIZ, SUSANA: "La tutela de la enfermedad…", *op. cit.*, pág. 2.

que en ocasiones han dado cabida a una interpretación flexible en la apreciación del nexo causal en la relación enfermedad-profesión-agente desencadenante.

El actual cuadro de enfermedades profesionales (anexo 1)[159] se clasifica en seis grupos[160]:

- Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.

- Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

- Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

- Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.

- Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en algunos de los apartados.

- Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

Dichos grupos están organizados por agentes, subagentes, actividades, códigos y enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas[161].

Aunque el vigente listado de enfermedades profesionales está dotado de una mayor sistematicidad, con una redacción mucho más clara y beneficiosa, por su extensión a nuevos agentes y, su conexión con más trabajos y

---

159 Pese a que el RD 1299/2006 contiene un doble listado: el del anexo 1, relativo a aquellas enfermedades que tienen un indubitado origen profesional, y el del anexo 2, que incluye las enfermedades de las que se sospecha ese origen y que pasaran a engrosar la primera lista en un futuro, siempre que se habla genéricamente del cuadro de enfermedades profesionales se alude a las propias del anexo 1.

160 Para mayor abundamiento acerca del anexo 1 *vid.* LÓPEZ GANDÍA, J. y AGUDO DÍAZ, J.: *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, Albacerte, Bomarzo, 2008, págs. 35 y ss..

161 El listado de 2006 se caracteriza por su mayor sistematización, así como por el intento de superar las insuficiencias de su predecesor. *Cfr*. LANTARÓN BARQUÍN, D.: "Cuadro de enfermedades profesionales: una radiología jurídica", *Relaciones Laborales*, núm. 9, págs. 427 y ss.

actividades[162], éste sigue estando aquejado de ambigüedades y lagunas que continúan dando cabida a la flexibilización jurisprudencial. Así, se mantiene el tenor literal utilizado para aludir a las profesiones con riesgo de producir enfermedad profesional "Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas", del que podría deducirse que el cuadro de enfermedades profesionales sólo incorpora algunos trabajos con capacidad para provocar enfermedades profesionales, introduciendo un elemento de flexibilización. Tesis que ha servido a los Tribunales para extender el concepto de enfermedad profesional a aquellas cuya relación con el trabajo es evidente, pero que no se corresponden con ninguna de las actividades listadas, un ejemplo de ello puede verse en la STSJ de Cataluña de 21 de abril de 1998 (AS 1998, 5579), que califica la bronconeumopatía crónica como enfermedad profesional aunque la actividad no estaba listada, o la STSJ de Madrid de 17 de mayo de 2004 (JUR 2004, 224860), que declara la epicondilitis como enfermedad profesional de una trabajadora cuya profesión es la de limpiadora, actividad que no estaba en la lista, pero que se reconoció como tal, en el entendimiento de que las actividades constituyen un *numerus apertus* cuando se trate de profesiones coincidentes en la exigencia de movimientos de las extremidades superiores afectando a los tendones del supraespinoso, o la STSJ País Vasco de 27 de febrero de 2001 (AS 2001, 431), que tras afirmar que el catálogo de enfermedades profesionales en el apartado 6 letra b) del epígrafe e) no recoge la categoría de peón, sostiene que "no existe inconveniente para entender que dentro de la actividad de peón, los movimientos repetitivos puedan implicar esa enfermedad que en este caso se manifiesta a través de los padecimientos del hombro derecho y hombro izquierdo" en alusión a la enfermedad por fatiga de las vainas tendinosas, de los tejidos peritendinosos, de las inserciones musculares y tendinosas, o la STSJ Castilla-León/Valladolid de 10 de octubre de 2005 en un supuesto de hipocusia de un trabajador expuesto habitualmente a un elevado nivel sonoro (AS 2005, 2532), en la que se señala que "Aunque la profesión de labrador de pizarra no está incluida expresamente en la relación de trabajos que dan lugar a dicho riesgo, tal relación es meramente ejemplificativa y no impide que una profesión como la del actor, que se desarrolla en centros de trabajo notoriamente ruidosos y análogos a los de la minería, haya de entenderse incluida en dicho precepto, por lo que igualmente ha de considerarse que la enfermedad padecida está amparada por dicha norma y ha de ser considerada derivada de enfermedad profesional".

---

162 MORENO CÁLIZ, S.: "Análisis de la reforma de las enfermedades profesionales virtudes y deficiencias", *Tribuna Social*, núm. 203, noviembre, 2007, pág. 20.

Otro elemento flexibilizador ha sido el propiciado por la falta de concreción de los agentes causantes, que tampoco ha sido subsanada en el cuadro de enfermedades profesionales del RD 1299/2006[163]. A este respecto, durante la vigencia del anterior cuadro de enfermedades profesionales, cierta doctrina judicial, pese a la ausencia en el listado de la sustancia o agente que provoca la enfermedad profesional, ha reconocido la patología como enfermedad profesional, en casos como el de la STSJ de Galicia de 30 de junio de 1993 (AS 1993, 2946), en el que se califica de enfermedad profesional el lupus eritomatoso originado por la utilización de láminas de priepileno, sustancia derivada del benceno, a pesar de no estar expresamente reconocido el agente enfermante, o el de la STSJ de Cantabria de 7 de julio de 1999 (AS 1999, 6322), en el que se califica de enfermedad profesional la dermatitis de una operaria de manipulación de tabaco, pese a desconocerse el agente enfermante que propició la patología, subsumiendo el supuesto de hecho en el apartado B), epígrafe 2 de la lista, relativo a las afecciones cutáneas provocadas en el medio profesional por sustancias no comprendidas en otros apartados, muy similar al de la STJS del País Vasco de 19 de marzo de 1996 (AS 1996, 477), sobre el eczema de contacto en peluquería, llegando a la conclusión de que dicho eczema no cabe encajarlo en el apartado A).6 del cuadro de enfermedades profesionales, pero sí en el apartado B).2, al tratarse de una enfermedad cutánea producida por contacto con sustancias existentes en el trabajo no consideradas en otros apartados.

Igualmente, la doctrina judicial ha realizado una interpretación flexible del cuadro de enfermedades profesionales entendiendo que la enumeración de enfermedades no es exhaustiva y que por tanto permite incluir enfermedades análogas, en sentencias como la STSJ Canarias/Las Palmas de 9 de marzo de 1993 (AS 1993, 1169), supuesto en el que se admite la fibrosis pulmonar en un expendedor de gasolina, originada por la utilización de productos de destilación, aunque la enfermedad no estaba listada y sí lo estaba tanto la actividad como la sustancia, o la STSJ de Aragón de 21 de abril de 2003 (AS 2003, 1825) en la que se clasifica como enfermedad profesional el síndrome subacromial que sufre el trabajador, con profesión habitual de matarife de

163 En este sentido, MORENO CÁLIZ, S.: "Análisis de la reforma…", *op. cit.*, pág. 18, señala que en la primera columna del Grupo 1 "se incluye, en muchos casos, una descripción abierta de los agentes mencionando los más conocidos, posibilitando la inclusión de sustancias no mencionadas de forma expresa, que se pueden catalogar como especie del agente recogido en el subgrupo en cuestión. Por ejemplo en el caso de los agentes mencionados en el subgrupo de los Éteres que recoge los siguientes: Éteres de glicol (metil cellosolve o metoxietanol, etil cellosolve, etoxietanol, etc.) y otros éteres no comprendidos en el apartado anterior (Éter metílico, etílico, isopropílico, vinílico, dicloro-isopropílico, etc.)". Igualmente, "en los Grupos 4 y 5 el tipo de agente o sustancia es indefinido, ya que no queda especificado en el título sino que se incluyen aquellos que no están comprendidos en otros apartados".

reses, enfermedad que no estaba expresa y reglamentariamente listada como profesional, en el entendimiento de que "es análoga a las listadas en enumeración abierta y no exhaustiva, en el pfo. del Listado del R. Decreto de 1978, antes expuesto" en alusión al epígrafe E, 6, b del RD 1995/1978.

Dentro de esta línea jurisprudencial se podría incluir la STS (Sala de lo Social, Sección 1ª) de 26 de junio de 2008 (RJ 2008, 4339), que califica de enfermedad profesional el cáncer de laringe que padece un trabajador a consecuencia de la inhalación de polvo de amianto (asbesto), aplicando, la letra C del Listado del RD 1995/1978, en su punto 6, según la cual, tendrán la consideración de enfermedades profesionales las "causadas por irritación de las vías aéreas superiores por inhalación o ingestión de polvos líquidos o vapores… en trabajos en los que exista exposición a polvos, líquidos, gases o vapores, irritantes de las vías aéreas superiores", arguyendo a su favor en el fundamento de derecho TERCERO que "Es evidente que a la vista de esta amplia relación contenida en la normativa reguladora de las enfermedades profesionales no cabe excluir, en buena lógica jurídica, al cáncer de laringe producido por la continuada inhalación de asbesto, del concepto de enfermedad profesional, ya que si una simple irritación de las vías respiratorias se puede considerar como enfermedad profesional, con mucha más razón ha de encuadrarse en dicho concepto la más grave dolencia del cáncer de laringe producido por la prolongada exposición a la inhalación del polvo de amianto".

Sin embargo, la utilización de tales imprecisiones y lagunas como elementos flexibilizadores en la apreciación del nexo causal en la relación enfermedad-profesión-agente desencadenante no ha sido la solución más común en la doctrina judicial. Entre otras, pueden verse la STSJ de Asturias de 5 de enero de 2001 (AS 2001, 87), en un caso de síndrome de esfuerzo continuado no incluido en el grupo B del listado de enfermedades profesionales de 1978, o la STSJ de Murcia de 18 de mayo de 1993 (AS 1993, 2443) en un supuesto de esteatosis hepática por intoxicación de zinc y cobre, o la STSJ de Galicia de 26 de octubre de 1994 (AS 1994, 3919) que no considera como profesional la enfermedad intersticial pulmonar por exposición al polvo de madera, no contemplada en el cuadro, y la STSJ de Islas Baleares de 16 de junio (AS 2006, 2334), que textualmente señala que "la rotura del tendón supraespinoso del hombro izquierdo padecido por el trabajador no se encuentra previsto como enfermedad profesional en el apartado E), 6, b) del mencionado Real Decreto, ya que solo se contempla la inflamación, como se declara en la sentencia de esta Sala de 31 de mayo de 2004 (PROV 2004, 316001), y en este sentido se invoca la doctrina declarada en la sentencia de este Tribunal de 13 de mayo de 2005 (PROV 2005, 156432), en la que se

manifiesta que si bien una lectura flexible de las disposiciones del RD 1995/1978 ha permitido entender que, por ejemplo, la tendinitis en el hombro encaja en el elenco de enfermedades profesionales, una reconsideración del problema la lleva sumarse al criterio riguroso y taxativo que defiende sobre el asunto otros Tribunales Superiores de Justicia en el sentido de que la enumeración de patologías calificables como enfermedad profesional constituye un cuadro cerrado no susceptible de ampliación por vía interpretativa".

En consecuencia, si la falta de uno de los tres elementos que forman parte de la definición de enfermedad profesional del art. 116 LGSS (enfermedad, profesión, agente desencadenante), no es entendida por la doctrina judicial mayoritaria como una fórmula felxibilizadora en la apreciación del nexo causal en la relación enfermedad-profesión-agente desencadenante[164], posiblemente, lo más conveniente hubiera sido que el flamante RD 1299/2006 hubiera contado con una triple columna, en la que se relacionasen linealmente la enfermedad, la profesión o actividad desarrollada y la sustancia o agente desencadenante, tal y como preveía el borrador del año 2005 y venía siendo demandado por la doctrina científica[165]. El hecho de que después de casi treinta años se reforme el cuadro de enfermedades profesionales y ni se haya establecido la referida triple columna, ni se hayan subsanado algunas de las situaciones en las que el listado no menciona uno de esos tres elementos, ni muchas de las imprecisiones que han dado cabida a una parte de la doctrina judicial a apreciar dicha flexibilidad interpretativa del concepto de enfermedad profesional, deja sin resolver una cuestión de suma importancia, y continúa dando pábulo a las más diversas soluciones, desde las más restrictivas y conservadoras, que en ningún caso admiten una posible flexibilidad jurisprudencial, hasta aquellas que llegan a vislumbrar una especie de sistema mixto o un carácter abierto en el cuadro de enfermedades profesionales[166], con lo que la pretendida seguridad jurídica propia de un sistema de lista cerrada queda ciertamente desdibujada.

---

164 Entiéndase que con ello no se quiere decir que se reconozcan como enfermedad profesional todos los supuestos pese a la ausencia de uno de los tres elementos (enfermedad-profesión-agente desencadenante), sino que siempre que se demuestre la relación de causalidad entre la enfermedad y la actividad profesional ejercida, pese a la falta de uno de estos tres elementos se califique la enfermedad como profesional.

165 MORENO CÁLIZ, SUSANA: "La tutela de la enfermedad…", *op. cit.*, pág. 8.

166 Para LANTARÓN BARQUÍN, D., *op. cit.*, pág. 451 "la actual norma incide en el debate sobre el carácter abierto o cerrado del cuadro de enfermedades profesionales"… "y ello por varias razones, a saber: continúa hablando de <<principales actividades>>, si bien con un alcance distinto y

III. LA INTERPRETACIÓN EXTENSIVA DE LA LITERALIDAD DE LA LEY

1. La vis atractiva del concepto de "accidente de trabajo". El reconocimiento jurisprudencial de la "enfermedad de trabajo": interpretación extensiva del art. 115.2.e) LGSS con finalidad tuitiva

La *vis* atractiva del concepto de accidente de trabajo tiene sus orígenes en la interpretación jurisprudencial que la STS de 17 de junio de 1903 efectúa sobre el concepto de accidente de trabajo regulado en la Ley de 30 de enero de 1900. Dicha norma protege por primera vez en nuestro ordenamiento jurídico las contingencias profesionales derivadas del accidente de trabajo, concepto que la STS de 17 de junio de 1903 extiende a la enfermedad contraída por un operario a causa de la reiterada actividad desarrollada manipulando plomo, mediante una interpretación flexible del término lesión corporal, conforme a la cual, no sólo ha de entenderse como tal la sufrida de forma violenta, súbita y externa, también la insidiosa o lenta, sin manifestación externa notoria y el trastorno fisiológico o funcional que unido a un suceso desencadenante origina la lesión corporal.

Esta interpretación extensiva que permitió, cuando el sistema español únicamente protegía los accidentes de trabajo y todavía no existía una regulación específica de la enfermedad profesional, proteger a los trabajadores que padecían una enfermedad profesional, calificándola de accidente de trabajo, paradójicamente, un siglo después, sigue sirviendo para que los trabajadores que contraen una enfermedad a causa del trabajo, pero que no puede ser calificada como profesional por no haber sido contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades especificadas en el cuadro de enfermedades profesionales y provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional, se beneficie de las garantías y prerrogativas propias de las contingencias profesionales.

---

acaso menor, entre los criterios clasificatorios del cuadro; la subrayada existencia de un listado de sospecha podría acotar el espacio de juego interpretativo pero difícilmente podría colmar el anterior espacio interpretativo; y, por último, la propia dicción legal mantiene este carácter, esta generalidad, a la hora de regular el contenido de los distintos grupos".

Siguiendo la referida interpretación extensiva del concepto de lesión corporal y por ende del de accidente de trabajo, la propia LGSS en el párrafo 2 del artículo 115 rubricado "Concepto del accidente de trabajo" señala que "*Tendrán la consideración de accidentes de trabajo"* (…) *e."Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, 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*". De esta forma, la LGSS, con una clara vocación tuitiva califica como accidente de trabajo, las denominadas por la doctrina como enfermedades del trabajo, que quedan protegidas como contingencias profesionales.

Se trata pues de aquellas enfermedades producidas por factores o agentes nocivos que no pertenecen específicamente a un determinado medio o ambiente laboral, pero que pueden actuar en la ejecución del trabajo[167]. El legislador las delimita negativamente (son enfermedades -no accidentes en el sentido de lesión corporal externa-, no son ni profesionales -contraídas a consecuencia del trabajo en determinadas actividades y provocadas por la acción de elementos o sustancias que figuran en el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social- ni comunes, dado que a estas alteraciones de la salud se les otorga la condición y protección propia de los accidentes de trabajo)[168]. No obstante, la diferencia fundamental entre las enfermedades del trabajo, las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo en sentido estricto está en la relación de causalidad entre trabajo y lesión.

Las enfermedades profesionales cuentan con una presunción *iuris et de iure* del origen profesional de la patología, por lo que no es necesario probar la relación causal (art. 116 LGSS), mientras que en el supuesto de la enfermedad del trabajo sí se precisa probar la conexión causal entre la patología y el trabajo que se desarrolla (art. 115.2.3 LGSS). Por su parte, los accidentes de trabajo en sentido estricto se producen "con ocasión o por consecuencia" del trabajo, dotando al accidente de trabajo de una gran fuerza expansiva jurídica que supone una presunción *iuris tantum* de la existencia de tal nexo de unión entre lesión y trabajo cuando las lesiones son manifestadas durante la jornada

---

167 MARTÍN VALVERDE, A.: "El accidente de trabajo: formación y desarrollo de un concepto legal" en GONZALO GONZÁLEZ B. y NOGUEIRA GUSTAVINO, M. (Dir.) AA.VV.: *Cien años de Seguridad Social. A propósito del centenario de la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900*, Madrid, La Fraternidad-Mutrespa-UNED, 2000, págs. 230-231.

168 MARTÍNEZ BARROSO, M. R.: *Las enfermedades asimiladas al accidente de trabajo en la doctrina de los Tribunales*, Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Graduados Sociales de España, Colección Foro de Derecho Social, 2004, pág. 32.

laboral en el lugar de trabajo[169], sin embargo, en las enfermedades del trabajo, la relación de causalidad es directa[170], exigiéndose que el trabajo sea la causa genuina y exclusiva de la enfermedad, prescindiendo de la simple ocasionalidad. No es suficiente con que el trabajo pueda favorecer el desarrollo de la enfermedad, sino que debe ser el hecho desencadenante[171].

Pese a que en la actualidad la mayoría de las dolencias que aquejan al trabajador son enfermedades vinculadas con el trabajo, también es cierto que dichas enfermedades suelen tener una causalidad compleja, siendo extremadamente difícil probar que la causa exclusiva de la enfermedad es el trabajo, dificultad que sin duda se ve atenuada con la aplicación de la presunción de laboralidad del párrafo 3 del artículo 115 LGSS. Dicho precepto señala que *"Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo"*, introduciendo una auténtica presunción *iuris tantum*, de tal manera que si el trabajador acredita que ha sufrido una lesión (lesión en sentido amplio, comprensivo tanto del accidente en sentido estricto, es decir el producido por una acción que ha de ser súbita o violenta, como de la enfermedad) en tiempo y lugar de trabajo, queda probada la naturaleza laboral de la misma, salvo que se presente una prueba que desacredite la conexión causal[172], lo que supone una inversión de la carga de la prueba[173], es decir, quien pretenda que la contingencia no sea reconocida como laboral ha de

169 MARTÍNEZ BARROSO, M. R.: *Las enfermedades del trabajo,* Valencia, Tirant lo Blanch, 2002, págs. 64 y ss.

170 La STS 10 de marzo de 1981 (RJ 1981, 1332) señala que ha de probarse que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del trabajo y sostiene que conforme al art. 115.2.e LGSS se "exige como condiciones indispensables para su viabilidad, y, aplicación, que la enfermedad haya sido contraída por el trabajador en el desenvolvimiento de su actividad laboral, demostrándose a su vez, de una manera fehaciente y sin que dé lugar a duda alguna, que la causa determinante de la enfermedad se debió a la ejecución de su trabajo".

171 "El hecho de que una enfermedad de etiología común se revele exteriormente con ocasión del ejercicio de la ocupación laboral no dota a la misma, sin más, de la característica jurídica de accidente de trabajo, en tanto en cuanto no se demuestre la efectiva influencia de aquel ejercicio laboral en la aparición de la patología de referencia" [STS 24 de mayo 1990 (RJ 1990, 4498)].

172 BUENDÍA JIMÉNEZ, J.A.: "Artículo 115. Concepto del accidente de trabajo" en SEMPERE NAVARRO A.V. (Dir.): *Comentarios a la Ley General de la Seguridad Social*, Murcia, Laborum, 2003, pág. 549.

173 STSJ Baleares de 1 de marzo de 1991 (RJ 1991, 1975).

probar la inexistencia de relación entre la dolencia y el trabajo[174]. Ello supone una gran diferencia probatoria entre los supuestos en los que la lesión se manifiesta en tiempo y lugar de trabajo y los casos en los que no sucede así.

Atendiendo al tenor literal del número 2 de la letra e del artículo 115 LGSS habría que señalar que las enfermedades del trabajo no están amparadas por la presunción del número 3 del mismo precepto, pues ello supondría cierta contradicción entre ellos, ya que el número 2 establece que las enfermedades contraídas con motivo de la realización del trabajo, sólo tienen la consideración de laboral *"siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo"*, por lo que parece que el legislador no otorga a éstas el beneficio de la presunción[175]. De hecho, determinados pronunciamientos judiciales avalan esta interpretación [STS de 24 de mayo de 1990 (RJ 1990, 4498][176]. No obstante, la aplicación de la presunción de laboralidad establecida en el número 3 del artículo 115 LGSS ha sido la vía *de facto*, más importante para atribuir la consideración de accidente de trabajo a las enfermedades comunes con posible conexión con el trabajo y, en especial, a las lesiones cardiacas[177]. Tal y como pone de manifiesto la STS de 27 de diciembre de 1995 (RJ 1995, 9846), son numerosas las sentencias que han afirmado la aplicación de la presunción de laboralidad "no sólo a los accidentes en sentido estricto o lesiones producidas por la acción súbita y violenta de un agente exterior, sino también a las enfermedades o alteraciones de los procesos vitales que pueden surgir en el trabajo causadas por agentes patológicos internos o externos", entre otras, las SSTS de 22 marzo de 1985 (RJ 1985, 1374), de 25 septiembre de 1986 (RJ 1986, 5175), de 29 septiembre de 1986 (RJ 1986, 5202) y 4 de noviembre de 1988 (RJ 1988, 8529), y las

---

174 Para la destrucción de la presunción de laboralidad de la enfermedad de trabajo surgida en el tiempo y lugar de prestación de servicios la jurisprudencia exige que la falta de relación entre la lesión padecida y el trabajo realizado se acredite de manera suficiente, bien porque se trate de enfermedad que por su propia naturaleza excluya la etiología laboral, bien porque se aduzcan hechos que desvirtúan dicho nexo causal [STS de 27 de diciembre de 1995 (RJ 1995, 9846)].

175 MARTÍNEZ BARROSO, M. R.: *Las enfermedades asimiladas al accidente…, op. cit.,* pág. 48.

176 "No basta con que la enfermedad se exteriorice con ocasión del trabajo, al no estar el supuesto privilegiado con la presunción de laboralidad del art. 115.3 LGSS. [antes al contrario, la norma requiere prueba expresa de causalidad], habiendo afirmado al respecto esta Sala que «el hecho de que una enfermedad de etiología común se revele exteriormente con ocasión del ejercicio de la ocupación laboral no dota a la misma, sin más, de la característica jurídica de accidente de trabajo, en tanto en cuanto no se demuestre la efectiva influencia de aquel ejercicio laboral en la aparición de la patología de referencia»".

177 MARTÍNEZ BARROSO, M. R.: *Las enfermedades asimiladas al accidente…, op. cit.,* pág. 48.

sentencias en unificación de doctrina de 27 de octubre de 1992 (RJ 1992, 7844) y de 15 de febrero de 1996 (RJ 1996, 1022). Incluso determinadas sentencias señalan que la presunción de laboralidad persiste aún cuando se hubieran producido antecedentes o síntomas de la enfermedad en fechas o en momentos inmediatamente precedentes[178].

La jurisprudencia no es pacífica, lo que ha generado cierta inseguridad jurídica al respecto. En líneas generales puede señalarse que cuando se trata de enfermedades que se manifiestan de forma súbita y violenta (infarto de miocardio, hemorragias cerebrales…) es de aplicación la presunción del artículo 115.3 LGSS, no así en el caso de enfermedades cuya aparición responde a un momento concreto no derivado de un acto violento como manifestación externa[179]. En consecuencia, es posible que la solución más acertada consista en calificar de accidente de trabajo conforme con el artículo 115.1 LGSS y el concepto amplio de lesión corporal, a aquellas enfermedades que se manifiestan de forma súbita y violenta, supuestos en los que es aplicable la presunción de laboralidad del artículo 115.3 LGSS y en los que la relación de causalidad es más flexible (infartos de miocardio, hemorragias cerebrales…), y de accidente de trabajo en virtud del artículo 115.2.e LGSS el resto, es decir, las enfermedades lentas y progresivas, en cuyo caso no sería aplicable la presunción de laboralidad del artículo 115.3 LGSS, siendo precisa la prueba de que la enfermedad ha sido provocada exclusivamente por el trabajo.

2. Enfermedades o defectos agravados por el accidente. Aplicación práctica del art. 115.2.f) LGSS

La LGSS en la letra f del número 2 del artículo 115, califica como accidente de trabajo *"Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente"*.

---

178 "Para desvirtuar la presunción de laboralidad de una enfermedad de trabajo no es bastante que se hubieran producido síntomas en fechas o momentos inmediatamente anteriores precedentes al episodio de infarto agudo", "la laboralidad del infarto, aun existiendo antecedentes de enfermedades cardíacas y coronarias, no se desvirtúa si no se acredita de manera concluyente que el elemento desencadenante se debiera a causas extrañas a la relación laboral" STSJ de Murcia de 17 febrero de 1997 (AS 1997, 925).

179 MARTÍNEZ BARROSO, M. R.: *Las enfermedades asimiladas al accidente…*, op. cit., pág. 49.

Estos accidentes son en sentido estricto enfermedades de etiología común que se ven agravadas por un suceso accidental. El precepto contempla tanto las enfermedades ya padecidas, como aquellas desconocidas, que estando en un estado latente, no se han evidenciado hasta el momento del accidente, del mismo modo que no precisa la necesidad de que las dolencias deban tener un origen profesional, con lo que puede apreciarse, una vez más, como el legislador incluye en el propio texto legal una interpretación extensiva del concepto de accidente de trabajo con una clara finalidad tuitiva. Interpretación cuyos orígenes se remontan a las SSTS de 13 de febrero de 1962 (AS 1962, 847) y de 5 de marzo de 1965 (AS 1965, 1604).

Esta modalidad de enfermedad del trabajo es muy común y se diferencia de la dispuesta en la letra e del número 2 del artículo 115 LGSS en que no requiere una causalidad exclusiva en el trabajo desempeñado, ya que su génesis se debe a una enfermedad anterior que se ve agravada como consecuencia de una lesión que el legislador califica de accidente laboral [STSJ de Asturias de 22 de diciembre de 1995 (RJ 1995, 4599)], siendo imprescindible demostrar la efectiva influencia de dicho accidente laboral en la aparición o agravación de la patología subyacente [STS 24 de mayo de 1990 (RJ 1990, 4498)].

La doctrina considera como contenidos identificadores de este tipo de accidente de trabajo[180]: la actividad profesional de un sujeto que padece un proceso patológico que no merma su capacidad profesional; la producción de un hecho (accidente de trabajo -en sentido amplio-) que marca la aparición brusca de una enfermedad que sí incide en la aptitud profesional del sujeto; y el nexo causal entre el hecho constitutivo del accidente de trabajo y la enfermedad.

3. La enfermedad profesional ante situaciones intercurrentes [art. 115.2.g) LGSS]

La letra g del número 2 del artículo 115 califica de accidente de trabajo *"Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por*

[180] MARTÍNEZ BARROSO, M. R.: *Las enfermedades del trabajo,* op. cit., págs. 41-42.

el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación".

En estos casos, tampoco puede hablarse de un accidente en sentido estricto, ya que el accidente propiamente dicho es anterior a la aparición de la dolencia -la enfermedad intercurrente- que altera la salud del trabajador impidiéndole el normal desarrollo de su trabajo, debiendo acreditarse la relación de causalidad entre el accidente y la enfermedad. Relación de causalidad inmediata que no cuenta con ningún tipo de presunción a favor, por lo que no puede aplicarse la inversión de la carga de la prueba, y por tanto, resultará imprescindible la prueba pericial médica.

La enfermedad profesional ante situaciones intercurrentes es otro ejemplo ilustrativo de la *vis* expansiva del concepto de accidente de trabajo, que igualmente cuenta con gran tradición en el ordenamiento jurídico, pues tiene su origen en la Ley de 10 de enero de 1922.

Las enfermedades intercurrentes se diferencian de las enfermedades o defectos agravados por el accidente en que en el primer supuesto el accidente es anterior a la enfermedad, mientras que en el segundo el accidente es posterior a la enfermedad padecida, aunque en la práctica la distinción entre ambos casos puede resultar muy compleja, motivo por el cual algunos pronunciamientos judiciales han resuelto invocando ambos preceptos para calificar un mismo supuesto [STSJ de Castilla-La Mancha de 13 de marzo de 1996 (AS 1996, 1921)][181].

4. Consecuencias prácticas de la interpretación extensiva del concepto de accidente de trabajo

No cabe duda de que la interpretación extensiva del concepto de accidente de trabajo es una solución para lograr que al trabajador le sea de aplicación la protección y las garantías propias de las contingencias profesionales en un sistema de lista cerrada, que de otro modo no permitiría dicha protección, pero ello no quiere decir que sea una solución óptima. La distinción entre enfermedad profesional y accidente de trabajo no es trivial, la enfermedad profesional cuenta con una serie de características básicas en el ámbito de la reparación y de la prevención de riesgos que la separan del accidente de trabajo, por lo que calificar de accidente de trabajo una afección

[181] *Cfr*. MARTÍNEZ BARROSO, M. R.: *Las enfermedades del…, op. cit.*, pág. 45.

que verdaderamente se corresponde con una enfermedad profesional no incluida en el cuadro de enfermedades profesionales, conlleva también ciertas consecuencias negativas, ya que como accidente de trabajo no se le va a dispensar el trato que propiamente le corresponde.

Efectivamente, el tratamiento dispensado a las enfermedades profesionales cuenta con ciertas particularidades preventivas y reparadoras: reconocimientos médicos, periodos de observación, y la posibilidad de traslado del puesto de trabajo. Sin perjuicio de que la propia Ley de Prevención de Riesgos Laborales prescriba como una de las obligaciones de todos los empresarios la vigilancia de la salud de sus trabajadores (art. 22), el artículo 196 de la LGSS exige a las empresas que deban cubrir puestos de trabajo con riesgo de enfermedad profesional, respecto a los trabajadores que hayan de ocuparlos, el sometimiento de los trabajadores a reconocimientos médicos periódicos. Esta medida tiene como objeto prevenir mediante la vigilancia de la salud las enfermedades que puedan desarrollarse en determinados puestos de trabajo en los que ya se han padecido esas enfermedades, por lo que no es aplicable a las enfermedades del trabajo, ya que éstas son calificadas de accidente de trabajo. Además, se prevén periodos de observación y obligaciones especiales para las enfermedades profesionales (art. 133 LGSS). La enfermedad profesional, como el accidente de trabajo, conlleva un periodo de baja médica para su recuperación que el sistema de Seguridad Social protege a través de una prestación de incapacidad temporal, pero se diferencia del mismo en que el trabajador accidentado una vez recuperado puede incorporarse a su puesto de trabajo sin ninguna repercusión, mientras que el que ha sufrido una enfermedad profesional, al reincorporarse a su puesto de trabajo puede recaer, pues la dolencia está conectada con el ambiente de trabajo, por ello cuando se padece una enfermedad profesional el facultativo médico estudia y determina si es necesario el traslado de puesto de trabajo, con el fin de evitar que la enfermedad profesional diagnosticada progrese y avance, medidas que en modo alguno podrán aplicarse a las enfermedades del trabajo al ser calificadas de accidente de trabajo.

Igualmente, existen diferencias entre los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, en cuanto a la acción protectora, en lo que respecta a la actuación de la entidad gestora, pues las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en los casos de incapacidad permanente y muerte y supervivencia, en principio, sólo asumen las contingencias derivadas de accidente de trabajo, y por lo que hace al reconocimiento del derecho a las prestaciones, donde las enfermedades profesionales cuentan con reglas propias en función de las dificultades para

determinar con exactitud la fecha del hecho causante. Del mismo modo, puede hablarse de ciertas diferencias en materia de cotización, pues la Disposición Adicional 6ª de la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, dispone la posibilidad de regular reducciones en la cotización a la Seguridad Social de trabajadores afectados por enfermedades profesionales en un grado que no dé origen a prestación económica, que sean destinados a puestos de trabajo alternativos y compatibles con su estado de salud, con objeto de interrumpir la desfavorable evolución de la enfermedad.

Por todo ello debería de buscarse una solución para que las enfermedades del trabajo reciban el tratamiento que les corresponde como enfermedades, lo que podría solventarse a través de un sistema mixto para la clasificación de enfermedades profesionales, o bien dispensando a las enfermedades del trabajo previstas en las letras e), f) y g) del número 2 del artículo 115 de la LGSS el tratamiento de enfermedades y no de accidentes de trabajo, para lo cual, posiblemente bastaría con extraer su regulación del artículo dedicado al concepto de accidente de trabajo, creando un artículo 116 bis LGSS denominado "enfermedades del trabajo", equiparando las mismas a las enfermedades profesionales en todo lo relativo a la acción protectora, reparadora y preventiva.

IV.EL ANEXO 2 DEL RD 1299/2006: ¿OTRA VÍA PARA LA FLEXIBILIZACIÓN JURISPRUDENCIAL DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL?

El RD 1299/2006, siguiendo la Recomendación 2003/670/CE, recoge un nuevo anexo, el anexo 2[182], bajo la denominación "lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el cuadro de enfermedades profesionales podría contemplarse en un futuro (codificación)", en el que se establece, como su propia denominación indica, una relación de enfermedades que no se consideran como profesionales, pero cuyo origen y carácter profesional podrían establecerse en el futuro. Sin embargo, no se precisa el carácter de dichas enfermedades, lo que da pie a interpretaciones de lo más variopintas.

Las diferentes interpretaciones van desde aquellas que estiman que las enfermedades relacionadas en el anexo 2 constituyen auténticas

182 Para mayor abundamiento acerca del anexo 2 *vid.* LÓPEZ GANDÍA, J. y AGUDO DÍAZ, J., *op. cit.* págs. 52 y ss..

enfermedades profesionales dotadas de una presunción *iure et de iure*, -interpretación inaceptable, pues el propio Reglamento alude al anexo 2 como enfermedades cuyo origen profesional se sospecha, haciendo alusión a su posible futura incorporación en la lista de enfermedades profesionales-, a las que contemplan el anexo 2 como otra vía de flexibilización jurisprudencial del concepto de enfermedad profesional[183].

El empleo del anexo 2 como fórmula de flexibilización del concepto de enfermedad profesional se sustenta en la consideración de las enfermedades de dicho anexo como enfermedades del trabajo, de acuerdo con el artículo 115.2.e LGSS. En este sentido, debe recordarse, tal y como se ha señalado en el epígrafe dedicado a éstas, que las enfermedades del trabajo son aquellas que tienen su causa exclusiva en el trabajo y que para probarlo no es pacífica la aplicación de la presunción de laboralidad del número 3 del artículo 115 LGSS. Con lo que, el hecho de que una enfermedad esté incluida en el anexo 2, supondría la posibilidad de declararla como enfermedad del trabajo facilitando la prueba de la vinculación con el trabajo, con una especie de presunción *iuris tantum* de que dichas enfermedades pueden reputarse como enfermedades del trabajo (art. 115.3.e LGSS). Así, podría hablarse de un catálogo de enfermedades profesionales dotadas de una presunción *iure et de iure* y otro, el de enfermedades del trabajo, que se presumen *iuris tantum*, con lo que cabe prueba en contrario.

V.- CONCLUSIONES

El vigente listado de enfermedades profesionales sigue estando aquejado de ambigüedades y lagunas que continúan dando cabida a la flexibilización jurisprudencial. Esos elementos flexibilizadores pueden concretarse en tres: el tenor literal utilizado para aludir a las profesiones con riesgo de producir enfermedades profesionales, del que parece deducirse que el cuadro de enfermedades profesionales sólo incorpora algunos trabajos con capacidad para provocar enfermedades profesionales, pudiendo extenderse el concepto de enfermedad profesional a aquellas cuya relación con el trabajo es evidente, pero que no se corresponden con ninguna de las actividades listadas; la falta de concreción de los agentes causantes en determinados supuestos, pese a la cual una parte de la doctrina ha reconocido la patología como enfermedad profesional; y la interpretación del cuadro de enfermedades

183 *Vid.* LANTARÓN BARQUÍN, D., *op. cit.,* pág. 438 y ss.

profesionales en el entendimiento de que la enumeración de enfermedades no es exhaustiva, permitiendo incluir enfermedades análogas. Sin embargo, dado que no todos los Tribunales utilizan tales circunstancias como elementos flexibilizadores en la apreciación del nexo causal en la relación enfermedad-profesión-agente desencadenante, se genera una inseguridad jurídica que el RD 1299/2006 no ha solventado.

Con la interpretación extensiva del concepto de accidente de trabajo se consigue que al trabajador le sea de aplicación la protección y las garantías propias de las contingencias profesionales en un sistema de lista cerrada, que de otro modo no permitiría dicha protección, pero no hace viable que al trabajador le sean de aplicación las particularidades preventivas y reparadoras que el sistema prevé para las enfermedades profesionales. Ello se conseguiría con un sistema mixto de calificación de enfermedades profesionales, pudiendo considerarse como otra alternativa, dispensar a las enfermedades del trabajo previstas en las letras e), f) y g) del número 2 del artículo 115 de la LGSS el tratamiento de enfermedades y no de accidentes de trabajo, extrayendo su regulación del artículo dedicado al concepto de accidente de trabajo, creando un artículo 116 bis LGSS denominado "enfermedades del trabajo", y equiparando las mismas a las enfermedades profesionales en todo lo relativo a la acción protectora, reparadora y preventiva.

El anexo 2 del RD 1299/2006 puede ser interpretado como otra vía de flexibilización del concepto de enfermedad profesional, estimando que toda enfermedad listada en dicho anexo se presume *iuris tantum* enfermedad del trabajo (art. 115.2.e LGSS), con lo que se invierte la carga de la prueba para estos supuestos en los que ha de demostrarse que la causa exclusiva de la enfermedad es el trabajo, sin la aplicación de la presunción de laboralidad (art. 115.3 LGSS).

CAPÍTULO IV

ENFERMEDADES PROFESIONALES ATÍPICAS Y CLAVES PARA EL ENCUADRAMIENTO DE LOS DAÑOS DERIVADOS DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL: ESTADO DE LA CUESTIÓN

Carmen Sánchez Trigueros
Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de Murcia

Sumario: I. PROTAGONISMO DE LOS LLAMADOS RIESGOS EMERGENTES DE CARÁCTER PSICOSOCIAL.- II. EL SILENCIO DEL NUEVO CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES RESPECTO DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES.- III. LAS ENFERMEDADES DEL TRABAJO Y LOS RIESGOS PSICOSOCIALES.- IV. CONCLUSIONES.

I. PROTAGONISMO DE LOS LLAMADOS RIESGOS EMERGENTES DE CARÁCTER PSICOSOCIAL

La preocupación por los llamados riesgos laborales emergentes, entre ellos fundamentalmente los de carácter psicosocial, viene siendo una constante en el entorno europeo y por tanto también en el panorama jurídico-empresarial español de la última década, como lo viene a confirmar la firma en 2007 del *Acuerdo Marco Europeo sobre acoso y violencia en el trabajo*[184]. La alarma ante estas nuevas patologías profesionales se debe a que nos encontramos frente a una auténtica pandemia que azota el tejido empresarial de nuestras modernas organizaciones de trabajo, tanto públicas como privadas, y que, por sus nefastas consecuencias sobre la salud de los trabajadores, ha provocado

184 El pasado 26 de abril de 2007, las principales organizaciones empresariales y sindicales de la Unión Europea (BUSINESSEUROPE, UEAPME, CES, CEEP, con la participación del Comité de Enlace CEC/Eurocadres), firmaron un Acuerdo Marco Europeo sobre acoso y violencia en el trabajo *(Framework agreement on harassment and violence at work)* que supone un importante avance en la búsqueda de respuestas consensuadas a determinadas cuestiones, como las que son objeto de este Acuerdo, que afectan negativamente al desarrollo de las relaciones laborales. En extenso, sobre este Acuerdo, F. CAVAS MARTÍNEZ: "El Acuerdo Marco Europeo sobre acoso y violencia en el trabajo", *Aranzadi Social*, núm.11, 2007 (BIB 2007\1298) y, muy recientemente, C. MOLINA NAVARRETE: *El Acuerdo Marco Comunitario para la gestión del acoso y violencia en el trabajo*, Bomarzo, 2008. El AINC/2008 ha acabado por asumir expresamente el compromiso de divulgar e implementar en el ámbito interno el contenido de dicho Acuerdo, de modo que sus orientaciones y directrices trasciendan a los diferentes ámbitos de negociación colectiva.

el interés de numerosos autores[185], generado un buen número de resoluciones judiciales[186] y alumbrado importantes iniciativas legislativas[187].

Realmente su estudio y consideración como "riesgos emergentes" que se expanden en las actuales organizaciones de trabajo y que se presentan vinculados a factores psicosociales, es relativamente moderno y su tratamiento jurídico es reciente, si bien existe unanimidad en la doctrina al señalar que estas patologías, que constituyen auténticos riesgos profesionales, son propias de las sociedades postindustriales[188], y que se trata de fenómenos que no son inéditos, aunque su novedad reside en el alto nivel de incidencia que presentan y en el mayor reproche social que adquieren.

Fenómenos como la globalización social y económica, la aplicación de nuevas tecnologías al mundo del trabajo, el protagonismo del sector terciario, la externalización de actividades, la propia relevancia de la dimensión personal de las relaciones de trabajo y otros factores, están provocando cambios en los modelos organizativos empresariales. Efectivamente, la sociedad cambia, evoluciona en sus distintos aspectos y vertientes, y en ese contexto social, el orbe laboral/el mundo del trabajo, que no es ajeno a las transformaciones de cualquier índole, también se ve modificado. Es decir, las formas de organización de las empresas y los modos de trabajar se transforman. Las empresas de la sociedad postindustrial están sometidas, en sus modelos de

---

185 Sin ánimo exhaustivo, M. R. MARTÍNEZ BARROSO: *Riesgo Psicosocial en el sistema de protección social*, Laborum, 2007; También C. MOLINA NAVARRETE: "Nuevo cuadro de enfermedades profesionales, enfermedades del trabajo y riesgos psicociales.¿Una nueva oportunidad de modernización real perdida?, *Revista La Mutua* (Fraternidad Mutrespa), nº 18, 2007; M. T. IGARTÚA MIRÓ: "La nueva lista de enfermedades profesionales y la inamovilidad respecto a las dolencias derivadas de riesgos psicosociales", *Actualidad Laboral*, núm. 22, 2007; y S. OLARTE ENCABO: "Acoso moral y enfermedades psicolaborales: un riesgo laboral calificable de accidente de trabajo. Progresos y dificultades", *Temas Laborales*, núm. 80, 2005.

186 Pronunciamientos judiciales fundamentalmente del orden social que dilucidan sobre todo cuestiones que tienen que ver con la vertiente reparadora y preventiva de esta "nueva generación" de riesgos laborales.

187 Así, sobre uno de los riesgos psicosociales más característicos, el acoso (en sus distintas modalidades: sexual, moral, sexista o discriminatorio), la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, la Ley 7/2007 del Estatuto Básico del Empleado Público y la Ley 20/2007 del Estatuto del Trabajador Autónomo.

188 *Vid.* A. DURO MARTÍN: "Calidad de Vida Laboral y Psicología Social de la Salud Laboral: hacia un modelo de componentes comunes para explicar el bienestar laboral psicológico y la salud mental laboral de origen psicosocial. Fundamentos teóricos y resultados preliminares", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 56, 2005.

organización, gestión y dirección al influjo de las novedades sociales, económicas y técnicas que se han producido modernamente. En ese sentido, un mundo marcado por las innovaciones de las tecnologías de la información y del conocimiento, por el paso de una economía productora de mercancías a una productora de servicios, por la preeminencia de las clases profesionales y técnicas, por la globalización, etc., hace que el nuevo tipo de sociedad sea inseparable del nuevo tipo de organización empresarial.

Se desarrollan así nuevas patologías laborales que tienen que ver con las modernas formas de organización del trabajo y de producción de bienes y servicios[189]. En definitiva, el conjunto de riesgos a los que el trabajador puede estar expuesto con motivo del desarrollo de su prestación laboral sufre una variación importante que tiene que ver, no sólo con los potenciales daños a la salud física que se le pueden ocasionar sino también, y de manera muy importante, con los perjuicios a su salud psíquica. Los riesgos de tipo psicosocial aparecen asociados a este contexto socioempresarial y conectan, entre otros factores, con el modo en que se ejerce la función directiva y la gestión de los grupos humanos dentro de las actuales organizaciones de trabajo.

Tradicionalmente los riesgos asociados al trabajo humano y a su organización empresarial que se han venido catalogando como riesgos profesionales eran de tipo corporal y físico, sin embargo, conforme evoluciona la sociedad y con ella las modernas estructuras empresariales afloran y se expanden enfermedades, riesgos y patologías cuyos daños en la salud del trabajador son de tipo psicofísico y que se vinculan más que a aspectos materiales del trabajo a aspectos de organización, dirección, gestión de los grupos humanos en las empresas. La caracterización general de los riesgos psicosociales se asocia fundamentalmente con las particularidades estructurales de la organización, las peculiaridades de las tareas asignadas y el tiempo de trabajo, así como con factores de carácter interpersonal[190]. Es decir,

---

189 Como con toda claridad afirma C. MOLINA NAVARRETE, "las profundas transformaciones que vive el mundo del trabajo y, es especial, sus procesos de organización y producción de bienes y servicios, tienen una significativa influencia en todos los aspectos de las relaciones de trabajo,…tales cambios conllevan la aparición de nuevos factores de riesgo, incluso de nuevos tipos de riesgos": "Nuevo cuadro de enfermedades profesionales, enfermedades del trabajo y riesgos psicociales…" (Bibl. cit.), pág. 21.

190 En este sentido, R. SERRANO OLIVARES: *El acoso moral en el trabajo.* CES. Colección Estudios, 2005, págs. 105 y ss.

se trata de nuevas patologías laborales generadas por los modelos de organización del trabajo imperantes en las empresas modernas y que se asocian a variables estructurales o se conectan con las relaciones interpersonales en el empleo[191].

Por lo tanto, dentro de la llamada "nueva generación de riesgos profesionales" sobresalen de manera notable los riesgos de carácter psicosocial, si bien esta catalogación de los riesgos que se difunden ampliamente por el tejido empresarial de los países occidentales no se agota con ellos. Ciertamente, no todos los denominados riesgos emergentes tienen una etiología psicosocial puesto que también en esa categoría se han de incluir padecimientos y enfermedades que se derivan, por ejemplo, de los nuevos

---

191 Según los datos recogidos en el informe técnico (2007): *Incidencia de los riesgos psicosociales,* elaborado por el Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales –UGT- (El acceso electrónico a este documento se puede realizar, entre otros lugares, a través de la página Web: http://www.fraternidad.com/descargas/FM-BOLFM-19-134_696_DESCARGABLENFOPREVENCION-19-134.pdf. En especial, págs. 23 a 27.), entre los factores presentes en el centro de trabajo que posibilitan la aparición de los riesgos psicosociales se encuentra que el 42 por ciento de los trabajadores desempeña su actividad productiva en unas condiciones ambientales desfavorables, al concurrir deficiencias en la iluminación, ruido, temperatura…; el 87 por ciento presenta una alta carga mental, originada, significativamente, en el hecho de tener que mantener un alto nivel de atención durante más de la mitad de la jornada. A ello se une, además, la realización del trabajo sujeto a plazos y con fechas ajustadas, la excesiva cantidad de trabajo…; el 83 por ciento carece de autonomía a la hora de realizar su tarea, no pudiendo en la mayoría de los casos ni decidir cuando se pausa, el método u orden de la tarea a realizar…; el 69 por ciento no tiene definido su rol y existen deficiencias en la organización del trabajo; sobre todo, un 39 por ciento de los trabajadores se queja de que la empresa no valora ni tiene en cuenta sus opiniones en la toma de decisiones, así como un 71 por ciento no puede participar ni hacer sugerencias sobre la realización de su trabajo; en casi igual porcentaje presta un trabajo pobre que consideran carente de contenido; - el 2 por ciento manifiesta que las relaciones laborales en el trabajo no son satisfactorias, motivado por la falta de información, la ausencia de comunicación entre compañeros, desigualdades retributivas…; el 69 por ciento siente inseguridad respecto a las condiciones de su trabajo y al futuro de su carrera profesional; el 70 por ciento reconocen haber vivido alguna situación violenta en su puesto de trabajo siendo el comportamiento más común la agresión verbal (insultos, ofensas, gritos....) y produciéndose para el 45 por ciento de los trabajadores tensiones debido a la descoordinación de tareas y/o falta de comunicación; en el 10 por ciento de los casos, cuando se produce un conflicto o una situación de violencia, en la empresa no existen canales oficiales para solucionarlos; el 21 por ciento de los trabajadores a turnos realiza su trabajo en condiciones no favorables, ante el desconocimiento del calendario, igualdad de cantidad de trabajo…; el 36 por ciento considera que su profesión no es valorada y no tiene buena imagen social, lo que contribuye a la desmotivación y a un sentimiento de "vacío" que facilita la aparición de estrés.

Esta amplia panoplia de elementos relacionales y organizativos concurrentes en el ejercicio de la actividad productiva provocan que:

- El 73 por ciento de los trabajadores sufran estrés al presentar una alta carga mental, un bajo nivel de autonomía y unas menoscabadas condiciones de empleo y perspectivas de futuro[191]; - el 71 por ciento manifiesten sentirse quemados por el desempeño de su actividad laboral, y, - el 11 por ciento ha sido objeto de comportamientos de hostigamiento, cifrándose en el 1,6 por ciento el porcentaje de trabajadores que sostiene haber padecido comportamientos de acoso psicológico en sentido estricto. No obstante, con pautas más amplias en el tiempo, se sitúan en el 15 por ciento los trabajadores que se sienten hostigados.

productos y materiales con que se trabaja, de los nuevos tipos de agentes físicos, químicos, etc, que se utilizan y otras patologías que se descubren gracias a los avances científicos en su detección. Sin embargo, en la actualidad, es destacable el protagonismo que han alcanzado los riesgos psicosociales debido, fundamentalmente, a la virulencia con que se hacen presentes en todas las organizaciones de trabajo, a las graves consecuencias que provocan sobre la salud de los empleados y al, todavía, primitivo estado de conocimiento en el que se encuentra su tratamiento por parte de sociólogos y psicólogos, y demás especialistas implicados[192].

El análisis de los datos estadísticos más recientes que existen sobre condiciones de trabajo en España y Europa, sin caer en alarmismos, arroja un elevado impacto de los riesgos psicosociales en las distintas ramas de actividad y sectores empresariales. En efecto, a pesar de la evidente dificultad que plantea la medición de estas patologías entre las que se encuentra el estrés o el acoso moral, los informes más recientes consultados insisten, lamentablemente, en la emergencia y expansión de esta categoría de riesgos profesionales. Así lo indica la Cuarta Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, publicada en 2007, que ilustra sobre esta realidad al señalar, entre otros hechos, que un 5 % de trabajadores reconoce haber padecido situaciones de acoso o violencia en los doce meses anteriores. Por otro lado, en nuestro país, la VI Encuesta de Condiciones de Trabajo, realizada en 2007 por el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo, ha testado niveles elevados de estrés, acoso y otras modalidades de riesgos psicosociales. Algunos de los datos más llamativos ofrecidos por este estudio, a los efectos del presente trabajo, son los siguientes: el 22 % de los trabajadores encuestados considera que el trabajo está afectando a su salud y entre las dolencias que con mayor frecuencia se atribuyen a la actividad laboral se encuentran el estrés, con un 27, 9 % de aquél porcentaje o la depresión con el 5,4 % del mismo; además, un 2,9 % de los empleados admite que al menos algunas veces al mes, durante el último año, se ha visto expuesto a conductas de acoso psicológico (las personas sometidas a estas prácticas muestran un porcentaje

---

192 Para M. R. MARTÍNEZ BARROSO (Bibl. cit.), pág. 22, "los riesgos psicosociales han irrumpido fuertemente como un fenómeno emergente en el escenario de lo social-laboral…acompañados de toda una constelación de factores que caracterizan a dicho escenario y que amplifican aun más un fenómeno ya muy grave en su propio concepto. Pero esa irrupción en realidad no es más que el inicio de la toma de conciencia de un problema grave, extendido y con ramificaciones de alcance y complejidad desconocidos hasta ahora; desconocidos pero nada nuevos, ya que posiblemente su etiología resida en el origen mismo de la división del trabajo y su evolución vaya ligado a éste".

significativamente mayor de sintomatología de corte psicosomático que aquellos que no están expuestos a ellas).

Hoy se puede afirmar con rotundidad que "en los últimos años los riesgos psicosociales se han convertido en la principal fuente de siniestralidad en el trabajo, tanto en España como en Europa, y todo apunta a que lo seguirá siendo en el futuro"[193]. Cabe destacar que según se desprende también de los resultados de la citada VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, de 2007, el 34,35 % de los accidentes laborales tienen su origen en los nuevos riesgos psicosociales. Tal cúmulo de datos estadísticos ha llevado a algún autor a afirmar que "mientras los accidentes de trabajo de tipo traumático son, pese a lo que podría parecer con las altas cifras todavía existentes en nuestro país, cada vez menos, tanto los ergonómicos como los psicosociales aumentan considerablemente"[194].

Por otro lado y desde una perspectiva diferente pero igualmente preocupante, es de reseñar que existen sectores de actividad especialmente azotados por esta moderna categoría de riesgos profesionales, como son el sector terciario (cada vez con mayor protagonismo en el panorama empresarial) y, que además en lo que respecta al acoso laboral (que es uno de los más destacados riesgos psicosociales), éste afecta especialmente a la Administración pública y, dentro de ella, a determinados servicios públicos de gran relevancia social, como son la educación y la asistencia sanitaria, y a instituciones públicas caracterizadas por su cercanía al ciudadano, como es la Administración Local[195]. En cualquier caso, este espectro de sectores, servicios y tipos de empresas, públicas sobre todo, en las que inciden los riesgos psicosociales denota su vinculación con determinados factores organizativos y organizacionales, a la vez que instruye sobre su origen complejo.

Finalmente, conviene realizar también una referencia a los distintos tipos de riesgos de origen psicosocial que unánimemente han sido reconocidos científicamente y que hemos ido mencionando a lo largo de este apartado dedicado a subrayar la relevancia de estas patologías. Partiendo de las aportaciones efectuadas desde el campo de la sociología y psicología del

---

193 M. R. MARTÍNEZ BARROSO (Bibl. cit.), pág. 27.

194 C. MOLINA NAVARRETE, (Bibl. cit.), pág. 22.

195 Sobre este tema, P. CONDE COLMENERO: *El acoso laboral en el empleo público*, Comares, 2008, págs. 87 y 88.

trabajo, desde el punto de vista jurídico-laboral se viene admitiendo dos categorías diferenciadas de riesgos psicosociales[196]:

1ª) Las diversas modalidades de estrés laboral, que comprenden tanto el estrés común, el estrés postraumático, el *burn-out* (o síndrome del quemado) o el tecno-estrés.

2ª) Las diferentes fórmulas de violencia psicológica en el trabajo, que fundamentalmente incluye la violencia verbal y las distintas modalidades de acoso (acoso discriminatorio, acoso moral –*mobbing* – acoso sexual y acoso sexista).

Los daños sobre la salud del trabajador que se pueden derivar de estos riesgos son muy heterogéneos y de diversa naturaleza, con el inconveniente de que además pueden concurrir, como en los supuestos de acoso, con lesiones que perjudican a la persona en otros planos jurídicos[197]. De este modo, descontando los daños patrimoniales que algunos de estos riesgos psicosociales pueden ocasionar, las lesiones manifestadas por los trabajadores van desde los cuadros depresivos y de ansiedad (calificables de daños psicológicos y morales) hasta las lesiones físicas o biológicas más variadas (vómitos, náuseas, dolor estomacal, cefaleas, mareos, taquicardias, trastornos funcionales y orgánicos, etc.).

Una vez diferenciados los distintos tipos de riesgos psicosociales y consideradas las diferentes categorías de daños que pueden ocasionar, ha de hacerse una última precisión: ni el estrés ni el acoso, por aludir a dos de los riesgos psicosociales más paradigmáticos, pueden ser considerados propiamente como "enfermedades", menos como "accidentes", sino más bien como situaciones relacionales –riesgos– cuya no prevención sí ocasiona daños

196 Vid. al respecto, R. Serrano Olivares: *El acoso moral en el trabajo;* C. Molina Navarrete: "Nuevo cuadro de enfermedades profesionales, enfermedades del trabajo… (Bibl. cit.) y G. Rojas Rivero: *Delimitación, prevención y tutela del acoso laboral*.

197 Para un sector de la doctrina (MONTOYA MELGAR, CAVAS MARTÍNEZ, MOLINA NAVARRETE, MARTÍNEZ BARROSO, entre otros), el daño provocado por algunos riesgos psicosociales como el acoso moral laboral, afecta tanto a la vulneración de derechos constitucionales (art. 10 y 15 CE) como al derecho a la salud (física y psíquica) recogido en el art. 43 CE. Es decir, tiene dos vertientes puesto que se trata de una cuestión que atañe tanto a derechos fundamentales (tutela sustantiva) como a la protección de la salud del trabajador (tutela preventiva y de protección social).

que han de merecer la calificación de contingencia profesional, y no común, cuando se vincula de modo prevalente al ámbito laboral[198].

Como colofón, cabe resumir afirmando que las dolencias psicofísicas son de aparición relativamente moderna y su tratamiento legal, doctrinal y jurisprudencial está aun por consolidar, de modo que se consiga uniformidad y eficacia tanto en la tutela preventiva como en la sancionadora, reparadora o, en última instancia, a nivel de protección social. A la vez hay que admitir que la evolución producida en la materia constituye un progreso en lo que se refiere al mayor conocimiento científico-jurídico de estas patologías tan complejas y, por ende, en la depuración de la respuesta que se puede arbitrar desde el ámbito sociolaboral, aunque también se detectan síntomas de involución en su tratamiento y obstáculos por superar para conseguir una tutela integral, como se pretende demostrar a continuación.

II. EL SILENCIO DEL NUEVO CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES RESPECTO DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES

A tenor de lo expuesto, una de las repercusiones jurídicas que provoca en materia de protección social la aparición de nuevos riesgos laborales, del tipo de los riesgos psicosociales, tiene que ver con el esfuerzo por determinar su encuadramiento en el sistema de Seguridad Social con el fin de establecer la cobertura que se ha de dispensar a los daños que ocasionen dichos riesgos. Es decir, que si verdaderamente el ámbito laboral ha de estar abierto a los nuevos factores de riesgo vinculados al trabajo que pueden surgir, necesariamente la regulación existente para la protección de las dolencias originadas (normativa de Seguridad Social, sobre todo) tiene el reto de poder darles cabida disponiendo un modelo flexible para ello. En definitiva, se trata de una cuestión que afecta a la concepción misma del modelo protector y de sus posibilidades de adaptación a las nuevas realidades que se presenten en materia de riesgos laborales.

Esta temática viene precedida por la aceptación de los riesgos de carácter psicosocial como auténticos riesgos laborales frente a los cuales

198 En este sentido, C. MOLINA NAVARRETE, (Bibl. cit.), pág. 27.

existe una obligación general del empresario de protección de la salud de sus trabajadores y que, por tanto, generará para el titular de la actividad auténticos deberes en materia preventiva. Dado que la perspectiva del presente trabajo nos obliga a efectuar un enfoque centrado principalmente en la actuación frente a estos riesgos en vía reparadora, no se pretende profundizar aquí en la vertiente preventiva. Sin embargo, conviene aclarar que actualmente las controversias sobre la posibilidad de actuación en esa vía respecto de los riesgos psicosociales se encuentran ciertamente en fase de superación como consecuencia, sobre todo, de los planteamientos de las sucesivas Estrategias Comunitarias de Salud y Seguridad elaboradas desde 2002 y con previsiones hasta 2012 –que han sido incorporados a su vez a la "Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (2007/2012)" –, donde se mantiene que el diseño de las políticas públicas en seguridad y salud *"debe integrar todo el conjunto de riesgos"* a los que se expone el trabajador con ocasión de su actividad laboral, entre los que destacan *"los riesgos psicosociales".* Por tanto, a pesar de la ausencia de mención expresa a este tipo de riesgos en nuestra Ley de Prevención de Riesgos Laborales, se puede sostener, sin forzar los criterios hermenéuticos, que la obligación general de protección ha de integrar la evaluación, planificación y protección frente a los riesgos de origen psicosocial, según cabe colegir de una lectura flexible de nuestras normas, de la interpretación efectuada por la jurisprudencia comunitaria[199] y nacional[200], como también del enfoque novedoso de alguna de las leyes más importantes dictadas en nuestro país[201].

Aún así, conviene recordar que estas dos importantes cuestiones, la prevención de los riesgos psicosociales y su protección social, no se pueden disociar puesto que una y otra deben caminar en la misma dirección. Esto implica, como se ha hecho notar antes, que si se mantiene la tesis de que los

---

199 Avalando lo expuesto y en la línea favorable a la interpretación amplia de la disposiciones legales se encuentra la Sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, de 12 de noviembre de 1996, que, muy oportunamente, aclara que los conceptos de « medio de trabajo » y de « seguridad » y « salud » no deben interpretarse restrictivamente pues « se refieren a todos los factores, físicos o de otra índole, que puedan afectar a la salud y la seguridad del trabajador en su entorno laboral » y que « tal interpretación de los términos ´seguridad` y ´salud ` pueden apoyarse en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, organismo al que pertenecen todos los Estados miembros, que define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente como un estado consistente en la ausencia de enfermedad o dolencia alguna ».

200 Cfr., a título de ejemplo, alguno de esos pronunciamientos en SSTSJ Cataluña, 9.11.2005; Madrid, 5.10.2005, Cantabria, 27.7.2006.

201 Cfr. art. 48 Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que contempla la actuación en vía preventiva frente al acoso sexual y al acoso por razón de género

riesgos psicosociales constituyen auténticos riesgos de origen profesional generadores de un deber empresarial de protección, las lesiones producidas por esos riesgos laborales deben estar cubiertas según se instrumente en el sistema de Seguridad Social. El debate se centra entonces en la dificultad por encuadrar adecuadamente la protección de estas lesiones dentro de las posibilidades que ofrece la legislación de Seguridad Social, puesto que aunque cualquier daño se protege con independencia, en principio, de la naturaleza, común o profesional del riesgo de que procede, también es cierto que existen importantes diferencias en la dinámica protectora según el daño proceda de un riesgo común o de un riesgo profesional[202], o según la patología se califique como accidente de trabajo o enfermedad profesional[203], que son las figuras articuladas en nuestra legislación a tal objeto. Al fin y al cabo esta es la polémica cuestión que intenta afrontar el presente artículo, a saber las dificultades que entraña el encuadramiento adecuado en nuestro sistema de protección social de las lesiones originadas por los riesgos psicosociales. Esta meta se pretende alcanzar, primero, mediante el examen del estado actual de la cuestión que tiene algo más de una década de trayectoria (desde que se detectaron por vez primera los riesgos psicosociales, allá por el año 1996), y, en segundo lugar, examinando el posicionamiento doctrinal mantenido en nuestros días a la luz de la publicación del nuevo cuadro de enfermedades profesionales y de la última jurisprudencia sobre el tema.

Desde un planteamiento general y partiendo del reconocimiento de la etiología profesional de los riesgos psicosociales, propiciar un encaje adecuado de las dolencias que provocan esos riesgos tiene que ver, como se ha referido ya, con la posible catalogación de estos daños bien como accidente de trabajo o bien como enfermedad profesional, categorías a las que son reconducibles tales lesiones. La dificultad estriba en la carencia existente en materia de Seguridad Social de una legalidad explícita y clarificadora sobre el tratamiento de las patologías psicosociales derivadas del trabajo, lo que se ha venido traduciendo, mientras se consolidaba un criterio, en un cúmulo de decisiones judiciales que no ofrecían una respuesta unificada, a pesar de la evolución general a favor de la consideración como contingencia profesional[204]. En los

---

202 En este sentido, G. P. ROJAS RIVERO: *Delimitación, prevención y tutela del acoso laboral*, Bomarzo, 2005, pág. 137.

203 Por todos, A. MONTOYA MELGAR: "El acoso en el trabajo y su encuadramiento jurídico", *REDT*, núm.140, 2008.

204 En lo que respecta, por ejemplo, al acoso moral NAVARRO NIETO recoge el complejo panorama que plantean estas discrepancias desde el punto de vista judicial: "Se puede decir que el actual

últimos tiempos, sí existe una vasta doctrina académica y judicial que considera las secuelas derivadas de los diversos tipos de riesgos psicosociales, como "enfermedades del trabajo" en atención a lo dispuesto en el art. 115. 2 e) LGSS que regula una especie de accidente de trabajo, a saber la enfermedad contraída con motivo de la realización del trabajo, siempre que ésta sea la "causa exclusiva" del daño, y siempre que tal padecimiento no esté incluido en el concepto de enfermedad profesional (*ex* art. 116 LGSS), y consiguientemente no quede incorporada al cuadro legalmente aprobado al efecto[205]. Ahora bien, este planteamiento de la doctrina mayoritaria ha estado atento a las expectativas creadas por la anunciada actualización de la lista de enfermedades profesionales y las novedades que en materia de dolencias psicosociales pudiese reportar.

Han sido casi treinta años a la espera de una actualización del, hasta ahora vigente, cuadro de enfermedades profesionales[206]. Efectivamente el reciente Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, aborda finalmente la cuestión de la puesta al día de este listado[207]. Y lo hace trasponiendo la normativa comunitaria al efecto (Recomendación 2003/670/CE[208]) casi tal cual, es decir dejando reflejo en sus Anexos 1 y 2 de la clasificación y contenidos que desde Europa se había recomendado (no impuesto) en el año 2003,

---

marco normativo y una doctrina judicial muy precavida en el acercamiento a las enfermedades psicosociales dibujan un escenario restrictivo en el tratamiento del acoso moral como enfermedad del trabajo, que contrasta con una doctrina jurisprudencial expansiva en el tratamiento del accidente de trabajo claramente inspirada en el principio *pro operario*": F. NAVARRO NIETO: *La tutela jurídica frente al acoso moral laboral*, Thomson-Aranzadi, 2007, pág. 243.

205 Así, A. MONTOYA MELGAR respecto de los daños originados por acoso moral en el trabajo: "El acoso puede producir una `enfermedad de trabajo´, especie de accidente laboral que regula la LGSS en su art. 115.2.e): enfermedad contraída con motivo de la realización del trabajo, siempre que ésta sea la `causa exclusiva´ del daño" (Bibl. Cit., pág. 15).

206 El listado que ha estado en vigor hasta 2006 y que se encontraba casi obsoleto fue aprobado por el Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo (BOE núm. 302, de 19 de noviembre de 2006).

207 Vid. Sobre el tema, por todos, J. LÓPEZ GANDÍA y J. AGUDO DÍAZ: *Nueva regulación de las enfermedades profesionales,* Bomarzo, 2007; D. LANTARÓN BARQUÍN: "Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica", *Relaciones Laborales*, núm. 9, 2008; y S. MORENO CÁLIZ: "Análisis de la reforma de las enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias", *Tribuna Social*, núm. 203, noviembre de 2007.

208 Se hace referencia a la Recomendación 2003/670/CE de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales (Diario Oficial de las Comunidades Europeas L 238/34 de 25 de septiembre de 2003).

aunque con algunas leves diferencias (sobre todo en lo que respecta a algunos de los contenidos del listado del segundo anexo).

En el caso de la normativa anterior, el RD 1995/1978, la técnica legislativa utilizada consistía en recoger en un inventario cerrado el total de enfermedades que por estar incluidas en dicho cuadro tenían la categoría de profesionales tal como determina el artículo 116 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social[209] que nos ofrece el concepto legal de enfermedad profesional. Esta fórmula de clasificación de las enfermedades profesionales mediante el sistema de *"numerus clausus"* utilizada por nuestro ordenamiento jurídico, ha venido siendo tildada de anticuada, poco dinámica y excesivamente rígida desde foros académicos y empresariales. Esta crítica se debe fundamentalmente al carácter burocrático y poco flexible que imbuye el sistema de listas cerradas que no permite una actualización rápida de las dolencias y, hace alusión también a que, ante determinadas alteraciones de la salud diagnosticadas modernamente (como son las dolencias psicofísicas que no tienen un único origen sino que son complejas y debidas a diversidad de factores), no es posible una catalogación sencilla como enfermedad profesional ya que el régimen exige una etiología laboral incontrovertida y única[210].

En cualquier caso, la necesidad de una actualización de la materia era palpable[211]: desde 1978 (fecha del RD que contenía el último cuadro de

---

209 Según el tenor literalidad del precepto: *"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 y sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional"*.

210 Así lo entiende C. MOLINA NAVARRETE, *Op. cit.*, págs. 23 y 24.

211 En círculos empresariales se venía insistiendo en la urgencia de la modificación legislativa al respecto. De tal manera que la práctica aconsejaba un giro en el tratamiento de los nuevos riesgos surgidos en las organizaciones de trabajo: "El decreto que regula el cuadro de enfermedades ocupacionales en nuestro país es el Real Decreto 1995/1978...este listado no incluye muchas de las enfermedades que han crecido en los últimos años y que también se padecen por causas laborales, como puede ser la depresión o las lumbalgias. Las así llamadas `nuevas´ enfermedades profesionales están siendo causa, hoy en día, de cifras respetables de absentismo laboral, por lo que no pueden continuar sin aparecer como patologías profesionales, y más cuando están siendo dictadas sentencias favorables en los tribunales a bajas provocadas por mobbing...Según opinión de los especialistas, el actual sistema de trabajo que impera en muchas empresas está provocando enfermedades que, aunque no están reconocidas como profesionales, sí están relacionadas con el trabajo y especialmente con el estrés que éste provoca. Si se añadieran a las bajas por enfermedades profesionales reconocidas los aproximadamente 400.000 casos anuales de bajas por contingencia común provocadas por causas psicológicas o psiquiátricas, la cifra total aumentaría en casi un 40%. Estas bajas psicológicas o psiquiátricas vienen provocadas, en muchos casos, por fenómenos como el acoso moral (mobbing) o el síndrome del quemado (*burn-out*), enfermedades que han existido siempre, aunque hasta ahora no hubieran tenido nombre", según la argumentación que

enfermedades profesionales) *"se han producido avances considerables en los procesos industriales, con la consiguiente introducción de nuevos elementos y sustancias y, al propio tiempo, las investigaciones y el progreso en el ámbito científico y en el de la medicina permiten un mejor conocimiento de los mecanismos de aparición de algunas enfermedades profesionales y de su vinculación con el trabajo"*, tal como se expone y motiva en la exposición de motivos del RD 1299/2006.

Tales cambios explican la ampliación del listado sobre todo en lo referente a enfermedades causadas por agentes físicos, químicos y biológicos. Sin embargo, ni en el Anexo 1 del nuevo RD (relación tasada de enfermedades profesionales) ni en el Anexo 2 (*"lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el Anexo 1 podría contemplarse en el futuro*) se incluyen patologías psicosociales. Efectivamente, en el cuadro de 1978 no tenían, entonces, cabida el estrés, la depresión y otro tipo de dolencias psicológicas que pueden producirse como consecuencia del acoso en sus distintas modalidades, y ahora, en la actual regulación, comprobamos que tampoco quedan recogidos estos padecimientos y afecciones como algún sector doctrinal venía recomendando. La antes referida Recomendación comunitaria que está en el origen del nuevo RD 1299/2006 tan sólo aconsejaba a los Estados miembros que promoviesen *"la investigación de las enfermedades relacionadas con una actividad profesional, en particular… para los trastornos de carácter psicosocial relacionados con el trabajo";* en ningún caso incluía una referencia expresa a los padecimientos de esta índole. Es decir, el RD que analizamos trae causa de la propia estructura del texto comunitario por lo que el legislador nacional, en términos generales, no se desmarca en lo esencial del documento[212] y en lo que respecta a los riesgos psicosociales es fiel a lo dictado desde Europa; por lo tanto no supone innovación alguna respecto al "olvido" comunitario de los riesgos psicosociales. Como bien señala IGARTÚA MIRÓ "el mutismo absoluto de la nueva lista en relación con los riesgos psicosociales contrasta con el auge que la tutela

---

recoge, en su pág. 63 el Segundo Informe Randstad sobre "Calidad del Trabajo en la Europa de los Quince. El acoso moral", elaborado en 2004 por el Instituto de Estudios Laborales, ESADE-Randstad.

212 Como hace notar LANTARÓN BARQUÍN al examinar exhaustivamente el nuevo cuadro de enfermedades profesionales, la normativa nacional se aparta en ocasiones muy puntuales de lo previsto a nivel comunitario. Así, por ejemplo existe una separación "a la hora de declarar expresamente, en relación con las enfermedades provocadas por agentes biológicos, que `no existen enfermedades susceptibles de inclusión en este Grupo en la fecha de publicación del Real Decreto, toda vez que las que podrían estarlo han sido ya incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales´, como efectivamente acontece". D. LANTARÓN BARQUÍN: "Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica", *Relaciones Laborales,* núm. 9, 2008, pág. 36.

preventiva está cobrando en relación a los mismos y ello pese a las carencias…que presenta el texto de la LPRL" [213].

A pesar de los ataques recibidos debido a la no inclusión de las dolencias psicosociales, es cierto que el RD 1299/2006 plantea algunas modificaciones significativas que mejoran el panorama anterior puesto que el sistema de la doble lista que implanta (donde la segunda es una lista de sospecha) supone optar por un carácter dinámico y más abierto en la clasificación de enfermedades profesionales. Incluso algunos representantes de la doctrina más actual[214] quieren ver las bondades que plantean algunas inclusiones nuevas previstas en el cuadro de enfermedades profesionales actual, como por ejemplo un *grupo específico para el cáncer de origen laboral,* ya que a su juicio, y con el refrendo de alguna jurisprudencia última, se estaría vinculando de modo positivo determinadas patologías físicas (dolencias cardiovasculares, entre otras) con estados emocionales ligados al ámbito laboral. Es decir, con relación al tema de la posible calificación futura de los riesgos psicosociales como enfermedades profesionales es correcto el enfoque normativo que camina en el sentido de entender que los factores de riesgo psicosocial están en la base de un buen número de patologías físicas (STS 20.9.2000). Se trata con ello de contemplar algo que ya es sabido, tanto en círculos científicos especializados como en el ámbito doctrinal, a saber, que los riesgos psicosociales (estrés, burn-out, acoso,…), tal como hemos referido líneas atrás, provocan dolencias de tipo físico como consecuencia de que las alteraciones psicológicas en la salud del trabajador que se ve expuesto a estas situaciones, se somatizan provocando cuadros médicos donde son frecuentes las lesiones estomacales, las cefaleas, las sintomatología cardiovascular, etc.

A la postre, y tras analizar la modernización parcial que el nuevo cuadro de enfermedades profesionales plantea, la situación de los riesgos psicosociales en el plano reparador oscila entre dos fórmulas posibles, que a su vez constituyen dos modelos de tratamiento jurídico diferente de esta temática. En primer lugar, se puede optar por propiciar un encaje adecuado de las dolencias que provocan esos riesgos mediante una adaptación permanente y actualización de la regulación existente al respecto para permitir acoger como enfermedades profesionales las nuevas realidades de riesgos y las nuevas dolencias o patologías psicosociales que se desarrollen (mayor flexibilidad en el

213 *Op.cit.,* pág. 2698.

214 Entre ellos, C. MOLINA NAVARRETE.

sistema de listas de enfermedades profesionales); en segundo lugar, otra opción consistiría en mantener un concepto omnicomprensivo de accidente de trabajo que comprendiese "cualquier patología que, al margen de su origen, se causara o se manifestara de modo singular en la relación laboral"[215], como es el caso de los distintos tipos de riesgos psicosociales. Esta última es la elección que se mantiene en nuestro ordenamiento jurídico hoy día y que coincide con el modelo geográficamente más extendido según se desprende del examen de Derecho comparado.

Ante este dilema, que se le presenta no sólo a nuestro ordenamiento jurídico sino al conjunto de sistemas de protección social del resto de países, se debe asumir que una y otra opción plantean ventajas e inconvenientes de diferente naturaleza, incluidas las derivaciones económicas de cada alternativa, que deben ser sopesados por tanto desde varias perspectivas (entre las que destaca por razones obvias la jurídico-laboral) con el objeto de conseguir un tratamiento apropiado y completo de la protección de las contingencias derivadas de los riesgos psicosociales.

III. LAS ENFERMEDADES DEL TRABAJO ATÍPICAS Y LOS RIESGOS PSICOSOCIALES

Todo lo expuesto hasta ahora sobre el nuevo cuadro de enfermedades profesionales afecta directamente al tratamiento jurídico de los riesgos psicosociales, tanto en lo concerniente a su prevención como en lo relativo al aspecto protector de las contingencias ocasionadas por esos factores. Efectivamente, la inclusión o no de forma expresa de los riesgos laborales de tipo psicosocial en tal listado consolida una línea determinada sobre cómo abordar su prevención y sobre las obligaciones concretas que genera para el empresario (aparte de la repercusión en la cotización) ya que si hubiesen sido catalogados legalmente como enfermedad profesional en el RD 1299/2006, se disiparían radicalmente todas las dudas sobre su consideración como riesgo derivado directamente del trabajo y, por tanto, de la existencia de obligaciones empresariales en materia preventiva.

Por tanto, la no inclusión de las patologías psicosociales como enfermedad profesional dentro del catálogo oficial al efecto, revalida la posición

---

215 Ibidem, pág. 24.

de quienes vienen propugnando que el tratamiento de este tipo de riesgos es más acertado cuando se califican de accidente de trabajo, pues realmente no estamos ante unas auténticas enfermedades profesionales sino ante una modalidad de patología en todo caso a caballo entre ésas y el accidente laboral, las llamadas "enfermedades del trabajo"[216] o enfermedades profesionales "atípicas". Con lo cual aquellos que, ante el vacío por la falta de abordamiento legal del tema, defienden desde la doctrina, la práctica judicial y la jurisprudencia la catalogación de estos supuestos como accidentes de trabajo, ven reforzada su argumentación con su no inclusión en el nuevo listado de enfermedades profesionales que se ha promulgado en los últimos meses.

Sin embargo, como ya hemos referido, no han sido pocos los autores que han venido reclamando, desde muy pronto, la inclusión de los riesgos psicosociales en el listado de enfermedades profesionales como solución a la falta de tratamiento jurídico especializado de este tipo de riesgos y, ligado a ello, la revisión misma del concepto de riesgo profesional: "creemos en la oportunidad de una intervención (legislativa) remozadora, sobre todo…en lo concerniente a la actualización de una vez del catálogo de enfermedades profesionales, en línea de coherencia con la renovación del concepto de riesgo profesional derivada del nuevo sistema preventivo, en el que quizás sería útil que hubiese una mención expresa a los riesgos psicosociales en general, como uno de los principales riesgos emergentes en las contemporáneas formas de organización del trabajo"[217]. Una argumentación análoga esgrimen otros representantes de la doctrina al propugnar, por ejemplo, fórmulas concretas de regulación legal de una de las patologías psicosociales por excelencia, el acoso laboral: "debería recogerse esta figura (del acoso laboral) también en la LGSS, y ello debería hacerse abriendo definitivamente el listado de enfermedades profesionales para que puedan ser calificadas como tales las patologías psíquicas (normalmente síndromes de ansiedad y depresión, sin descartar otros cuadros posibles –que tengan su origen en el sometimiento del trabajador a abusos en el entorno laboral), acabando con la absurda distinción entre enfermedades profesionales (las listadas) y `enfermedades de trabajo´ conceptuadas como AT y EP"[218].

---

216 G. ROJAS RIVERO, *Op.cit.*, pág.131 y ss.

217 C. MOLINA NAVARRETE: "Una nueva patología de gestión en el empleo público: el acoso institucional (mobbing). Reflexiones a propósito de la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3ª, Sección 6ª, de 23 de julio de 2001", *Diario La Ley*, núm. 5436, 2001, págs. 28 y 29.

218 F. CAVAS MARTÍNEZ: "La protección jurídica contra el acoso moral (mobbing) en el ámbito laboral: tutelas preventiva, reparadora y sancionadora", www.icajaen.es, octubre 2003, pág. 26.

Lo cierto es que, a efectos de protección social, el cuadro de síntomas o síndromes psicológicos que pueden provocar los riesgos psicosociales sobre el trabajador no están expresamente incluidos en el listado de enfermedades profesionales del Real Decreto 1299/2006, al que remite el art. 116 LGSS, y por lo tanto no se benefician de la consideración de enfermedad profesional. La normativa del 2006, por tanto, zanja de momento la cuestión. Habrá que estar a lo que dicta el art. 115.2, letra e) de la LGSS (para evitar esa catalogación cerrada de las enfermedades profesionales del art. 116) que califica de accidente de trabajo *"las enfermedades no incluidas en el artículo siguiente* (el aludido 116 LGSS) *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".* Como valora concluyentemente MOLINA NAVARRETE al respecto: "es el concepto legal de enfermedad del trabajo, de construcción eminentemente judicial, el que está sirviendo para hacer frente a este grupo de dolencias. Por enésima vez, es el recurso al concepto amplio, cada vez más y más difuso, por tanto más inútil, de accidente de trabajo el único que permite adecuar el funcionamiento de nuestro sistema a las nuevas realidades, tanto de demanda social de tutela, preventiva y reparadora, como de cambio del mundo del trabajo"[219].

Realmente la decisión tomada por el RD 1299/2006 explica algo de lo que la doctrina viene dando cuenta: la noción actual de enfermedad profesional es muy restrictiva [220]y no deja margen para encuadrar los riesgos psicosociales en esta figura pero, en cambio, refuerza su tratamiento como accidente de trabajo[221]. La superación de ese deficiente concepto de enfermedad

---

219 *Op.cit.,*"Nuevo cuadro…", pág. 28.

220 Sobre la cuestión del concepto de enfermedad profesional y su evolución reflexiona de forma esclarecedora M. T. IGARTÚA MIRÓ, teniendo como telón de fondo la problemática de los riesgos psicosociales: "aunque la noción de enfermedad profesional nació, como es bien sabido, en sede jurisprudencial y esencialmente vinculada al accidente de trabajo, recibió posteriormente carta de naturaleza en la normativa de Seguridad Social y fue progresivamente desvinculándose de aquél, aunque comparten efectos comunes…En la práctica su devenir (de ambos conceptos) ha sido enormemente dispar…mientras que el concepto de accidente de trabajo va creciendo progresivamente por obra y gracia de la jurisprudencia que se encuentra con un amplio margen de actuación e, incluso, de creatividad, alentada en gran medida por la presunción contenida en el precepto legal que lo regula (art. 115 LGSS), no ha ocurrido lo mismo con la enfermedad profesional…Es más, para un sector doctrinal el concepto de enfermedad profesional, frente a la complejidad y flexibilidad de la noción de accidente de trabajo resulta más simple y, desde luego, más rígido pero también de determinación más segura, lo que hasta el momento hace que la litigiosidad sobre la calificación sea menos frecuente". *Op.cit.,* págs. 2693-2694.

221 A pesar de las reticencias que los tribunales han venido presentando a la hora de calificar como accidente de trabajo las dolencias originadas por situaciones de acoso contamos con

profesional hubiese permitido la catalogación de este tipo particular de riesgos en el correspondiente listado reglamentario, con las consecuencias provechosas que esa posibilidad dispensa en cuanto a que, amén de la seguridad jurídica que otorga esa calificación previa, se le presumiría el origen laboral a estas dolencias psicosociales (presunción legal *iuris et de iure* que se dispensa a las enfermedades profesionales) y la actuación preventiva sobre estos riesgos se vería favorecida como consecuencia del reconocimiento oficial. Sin embargo, como ya anunciamos, en la catalogación de los daños ocasionados por los riesgos psicosociales los órganos jurisdiccionales se vienen decantado unánimemente por su tratamiento como enfermedades del trabajo, es decir una especie de accidente de trabajo que exige que la enfermedad tenga como causa exclusiva la realización del trabajo (art. 115.2.e LGSS).

Ciertamente, en la actualidad, el número de decisiones judiciales que consideran las patologías de origen psicosocial como accidente de trabajo es ya representativo[222] e importante[223], y el avance jurisprudencial (y también doctrinal[224], aunque no legislativo si contamos la ausencia diagnosticada en el RD mencionado) se debe al reconocimiento, a veces, por parte de los Jueces (y de la doctrina) de lo que es el núcleo determinante de la discusión jurídica: apreciar el nexo causal entre la relación laboral y los daños psicológicos o

---

sentencias emblemáticas como la de 18 de enero de 2003, dictada en casación unificadora por el Tribunal Supremo (recurso 6590/2003) que admitió como accidente de trabajo el padecimiento consistente en trastornos psicológicos de un policía autonómico vasco que recibía amenazas de sus vecinos que le amenazaban y le hostigaban con agresiones continuas de carácter verbal y material. En todo caso, hoy día, las instancias judiciales confirman con rotundidad el encaje de estos daños en el concepto de accidente de trabajo.

222 Aunque las decisiones judiciales de reconocimiento de esta calificación no son abundantes y contrastan con la enorme litigiosidad sobre el tema, lo cierto es que, efectivamente esta vía judicial viene siendo frecuentemente utilizada por las víctimas en tutela de sus derechos cuando existen daños efectivos y demostrables sobre la salud. La parquedad inicial de los órganos judiciales puede ser debida a la relativa novedad de la presencia de los riesgos psicosociales y a lo reciente de su estudio por parte del Derecho, aunque la psicología del trabajo hace tiempo que viene ocupando de estos fenómenos laborales emergentes.

223 Ver STSJ Ourense 6.10.00, STSJ Galicia 31.7.00 (Ar. 2203), STSJ Navarra 18.5.01 (A.1821), STSJ La Rioja 31.10.03 (A. 3636), STSJ, Sala Social, Navarra 20.6.06; en alusión concreta al acoso sexual STSJ Galicia de 20.1.00, 24.1.01 y 15.9.05; y respecto al acoso moral STSJ Castilla y León (Valladolid), 20.12.01 (AS 2002,198), STSJ Asturias 19.3.04 (Ar. 127848) y STSJ Cataluña 9.9.02 (Ar. 3065). .

224 Un ejemplo representativo de esta evolución lo representan los argumentos de OLARTE ENCABO : "En el ámbito de la Seguridad Social, se considera necesaria una intervención legal que clarifique, en general respecto a las enfermedades psíquicas relacionadas con el trabajo, y particularmente aquellas cuya etiología está vinculada al acoso moral, el procedimiento, la distribución de la carga de la prueba y el grado de exigencia del nexo causal". *Op.cit.,* pág. 40.

físicos padecidos por el acosado, tal como requería el precepto de Seguridad Social ya repetidamente mencionado a la sazón (art. 115. 2, letra "e" LGSS)[225].

Si el nudo gordiano de la discusión se encuentra en la relación de causalidad entre el trabajo y el padecimiento sufrido, la dificultad mayor estriba en la prueba de tal nexo cuando hablamos de dolencias de origen mental que son especialmente complejas, puesto que derivan, como se refirió al comienzo de este artículo, de un amplio conjunto de factores organizativos, relacionales y de condiciones de trabajo, de identificación complicada. En cada caso, el trabajador debe demostrar ante la autoridad judicial que el daño tiene origen exclusivo en la prestación laboral (descartando todas las posibles causas concurrentes extraborales) para que su dolencia pueda ser reconducida a la categoría de enfermedad de trabajo. Estas cuestiones se suman a los problemas de acreditación propios que acompañan a los padecimientos psicosociales en general y al acoso en particular, en los que, más que en otros casos, la actividad probatoria es crucial y alcanza un protagonismo absoluto por su extremada complejidad.

Con el fin de superar esta peliaguda cuestión probatoria en lo referente al nexo de causalidad, se ha postulado la posibilidad de blandir, de forma flexible, la presunción de laboralidad que el art. 115.3 LGSS determina para las lesiones sufridas por el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo[226], aunque habría que vencer fuertes reticencias jurisprudenciales vertidas al respecto[227], que no son acordes con el criterio del Tribunal Supremo.

---

225 Tal como señala MONTOYA MELGAR respecto del tratamiento del acoso laboral como enfermedad de trabajo: "Es este (la enfermedad de trabajo) un tipo legal muy restrictivo, siendo difícil en muchos casos determinar si el daño sufrido por el acosado deriva exclusivamente de la `realización de su trabajo´ o si tiene otras concausas, que eliminan la `certeza etiopatológica´ centrada en el acoso mismo. En todo caso, si al acoso se une una concausa extralaboral no existe accidente de trabajo". *Op.cit.*, pág. 15.

226 Sobre esta presunción *iuris tantum* y sus antecedentes legales recientes conviene consultar la STS de 27 diciembre de 1995 (Ar. 9846): "son numerosas las sentencias que han afirmado la aplicación de la presunción de laboralidad del artículo 84.3 de la Ley General de la Seguridad Social de 1974 no sólo a los accidentes en sentido estricto o lesiones producidas por la acción súbita y violenta de un agente exterior, sino también a las enfermedades o alteraciones de los procesos vitales que puedan surgir en el trabajo causadas por agentes patológicos internos o externos. En este sentido se han pronunciado, entre otras, las Sentencias de 22 de marzo de 1985, 25 de septiembre de 1986 y 4 de noviembre de 1988 y más recientemente la Sentencia de unificación de Doctrina de 27 de octubre de 1992"

227 "A fin de facilitar la prueba, se ha propugnado la aplicación a este tipo de enfermedades de la presunción de laboralidad contenida en el art. 115.3 de la propia LGSS, aspecto sin duda polémico. De admitirse esta tesis se produciría la inversión de la carga de la prueba, exonerando al trabajador de la necesidad de acreditar que la causa exclusiva y excluyente es la realización del trabajo correspondiendo a su contraparte destruir la presunción, planteamiento que, de momento, no ha sido acogido por la doctrina

De cara a la defensa jurisdiccional y para basamentar y documentar válidamente el nexo causal lo aconsejable, como actuación más práctica, por la importancia crucial que cobran los dictámenes e informes médicos, es que la víctima desde el momento de sufrir las primeras dolencias físicas o psíquicas consecuencia del ambiente hostigador o estresante, se ponga en manos del profesional correspondiente (sea el médico generalista del servicio de salud, el facultativo de la empresa o el especialista de la Mutua) para que se cerciore en su diagnóstico del origen laboral de la patología[228], y así poder solicitar el cambio de contingencia de la baja laboral (si es que existe) de enfermedad común a accidente de trabajo mediante el correspondiente expediente administrativo sobre la determinación del origen de la contingencia[229].

En definitiva, aunque las dolencias provocadas por los riesgos psicosociales siempre tendrán cobertura social como enfermedades comunes, parece conveniente arbitrar una protección acorde con su origen profesional. No se debe escamotear una acción protectora de la Seguridad Social más específica para tantas y tan graves dolencias como las que efectivamente sufren, por ejemplo, las víctimas de acoso (sea cual sea la modalidad sufrida)[230] cuando es tan unánime la voz cualificada de quienes abogan por su encaje en el art. 115.2,e) LGSS y su tratamiento como enfermedades derivadas del trabajo, una vez que ha quedado olvidada oficialmente y por el momento la

---

judicial", así por ejemplo lo refleja la STSJ País Vasco 29.6.04 ocupada en dilucidar sobre estrés. M. T. IGARTÚA MIRÓ, *Op.cit.*, pág. 2704.

228 A este respecto hay remarcar una cuestión que agrava la problemática de los riesgos psicosociales desde la perspectiva de su protección social: una dificultad añadida radica en que los síndromes ansioso-depresivos y otras dolencias psíquicas consecuencia, por ejemplo del hostigamiento, sean tratados por médicos de primaria no especializados y desconocedores en gran medida del tipo de fenómeno laboral organizativo y personal que los genera; los médicos de empresa tampoco están aún "duchos" en estas cuestiones puesto que generalmente trabajan con técnicas de prevención algo anticuadas o poco vanguardistas, con lo que estas patologías está puestas en manos de facultativos inexpertos.

229 Sobre este particular consultar el capítulo que ROMERO RÓDENAS dedica a esta cuestión. *Op.cit.*, pág. 46-47.

230 Incluidas las dos modalidades de violencia de género en el trabajo que la Ley 3/2007 (LOI) reconoce: el acoso sexual y el acoso discriminatorio por razón de sexo. En la consideración del acoso sexual como accidente de trabajo se afirma ROJAS RIVERO cuando trata el amparo legal de esta figura y dice: "…aunque no expresamente, puede encontrarse amparo en el art. 14.1 y 2 LPRL y en el concepto de accidente de trabajo del art. 115.1 y 3 LGSS". *Op.cit*., pág. 42.

También depura esta cuestión SÁNCHEZ TRIGUEROS, C. en el capítulo "Perspectiva de Seguridad Social: la violencia de género laboral como enfermedad del trabajo" de la obra colectiva *Violencia de Género. Perspectiva multidisciplinar y práctica forense* (Coords. –RIVAS VALLEJO, Mª.P. Y BARRIOS BAUDOR, G.) págs. 873-884.

calificación de las dolencias psicosociales como enfermedad profesional, tras la publicación del RD 1299/2007. De lo contrario se debería repensar el sistema actual de listas de enfermedades profesionales[231], sólo parcialmente modernizado y tímidamente aperturista, para hacerlo, por otro lado, más acorde con la irrefrenable tendencia que propugna la actuación en vía preventiva frente a los riesgos psicosociales.

IV. CONCLUSIONES

1. Pese a la contundencia de este tratamiento asimilado al accidente de trabajo de tales riesgos, no puede ocultarse aquí que a día de hoy encontramos múltiples puntos críticos en este tratamiento. A comenzar señalando que realmente ni el estrés ni el acoso pueden ser considerados propiamente como "enfermedades", menos como "accidentes", sino más bien como situaciones relacionales –riesgos– cuya no prevención sí ocasiona daños que han de merecer la calificación de contingencia profesional, y no común, cuando se vincula de modo prevalente al ámbito laboral.

2. Es evidente que la pervivencia de la disolución en la figura del accidente laboral del tratamiento jurídico ofrecido a las enfermedades del trabajo se muestra demasiado ineficaz para la perspectiva que más debería importar, la preventiva. Así:

●Las reglas de vigilancia específica de la salud de los trabajadores expuestos al riesgo de desarrollar enfermedades profesionales no son aplicables al accidente de trabajo: reconocimientos médicos previos y periódicos (artículo 196 LGSS); periodos de observación y obligaciones especiales.

---

231 Este es el posicionamiento de C. MOLINA NAVARRETE: "bien podría haber llegado ya el tiempo de plantearse el fin del viejo sistema de `listas cerradas´ -*`numerus clausus´* -, de modo que también por vía de decisión judicial, amén de la decisión administrativa, pudiesen tipificarse enfermedades profesionales, garantizando una igualdad de trato a todas las enfermedades que, listadas formalmente o no, evidencien una clara relación causal con la actividad profesional realizada por el trabajador. De este modo, la actualización no pendería de una reforma normativa". *Op.cit.*, "Nuevo cuadro de …", pág. 33.

●Se difumina en gran medida el carácter obligatorio de la prevención de riesgos por parte del empleador.

3. Sabemos que la principal dificultad para reconducir las enfermedades del trabajo, en especial las vinculadas a factores de riesgo psicosocial, al cuadro de patologías profesionales reside en la delimitación del origen laboral de la enfermedad, pues puede tener en su base factores diversos, incluidos los extralaborales. Ahora bien, ni respecto de las más clásicas, es posible encontrar ese origen simple, único, ni tampoco respecto de estas es imposible avanzar científicamente en su determinación en el marco primario de la relación laboral, entendida en su dimensión más amplia.

4. En suma, queda en evidencia la doble necesidad de continuar mejorando el sistema actualizando la lista de enfermedades profesionales, por un lado, y flexibilizando aún más el procedimiento de revisión, por otro, al objeto de que incorporen las nuevas patologías emergidas en el mundo laboral, por la evolución de los métodos de producción y los modos de organización del trabajo, de modo que haya una mayor coherencia entre el sistema reparador o indemnizatorio y los nuevos enfoques preventivos.

5. En este sentido, bien podría haber llegado ya el tiempo de plantearse el fin del viejo sistema de "listas cerradas"–, de modo que también por vía de decisión judicial, amén de la decisión administrativa, pudiesen tipificarse enfermedades profesionales, garantizando una igualdad de trato a todas las enfermedades que, listadas formalmente o no, evidencien una clara relación causal con la actividad profesional realizada por el trabajador. De este modo, la actualización no pendería de una reforma normativa.

En cualquier caso, es hora ya de tomarse en serio el enorme sufrimiento que producen, y los elevados costes que generan, las dolencias ligadas a estos factores de riesgo psicosocial, sin duda uno de los problemas más graves para la salud en el trabajo, que compromete el entero bienestar de la persona, tanto en su trabajo como en sus demás esferas de relación, por lo que está más que justificada la adopción de una "batería" de actuaciones, tanto en el plano preventivo, que debería primarse, como en el reparador. Aunque en modo alguno es la única vía, ni tan siquiera la mejor solución, sí parece ya evidente que sería mucho más conveniente el encuadramiento de estas dolencias en el concepto de enfermedad profesional en sentido estricto, al menos mientras se mantenga la distinción.

CAPÍTULO V

CRITERIOS ORIENTATIVOS PARA LA DETERMINACIÓN DEL ORIGEN PROFESIONAL DE LA ENFERMEDAD Y DE LA GRAVEDAD DE LA CONTINGENCIA

Francisca Ferrando García

Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social

Universidad de Murcia

SUMARIO: I. APORTACIÓN AL PROCESO DE LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA LA DETERMINACIÓN DEL ORIGEN Y GRAVEDAD DE LAS PATOLOGÍAS PROFESIONALES: 1. Algunas consideraciones sobre la prueba pericial médica y su valoración. 2. El objeto de la prueba pericial médica: 2.1. Diagnóstico de la enfermedad. 2.2. Valoración de la repercusión de la dolencia en la capacidad laboral. 3. Criterios médicos para la determinación del origen de la enfermedad y la gravedad de sus secuelas: 3.1. La futura "Guía de síntomas y patologías relacionados con el agente causante de la enfermedad profesional". 3.2. Valoración de la gravedad. Brevemente, sobre el sistema de baremos. II. CRITERIOS JURÍDICOS ORIENTATIVOS PARA LA DETERMINACIÓN DEL ORIGEN PROFESIONAL DE LA ENFERMEDAD Y DE SU GRAVEDAD: 1. Calificación de la contingencia: La prueba del origen profesional: 1.1. Presunción de la relación de causalidad. 1.2. Interpretación flexible del cuadro de enfermedades profesionales por parte de la doctrina judicial. 1.3. La lista de sospecha: ¿Presunción *iuris tantum* o indicio del carácter profesional o del origen laboral de la enfermedad?. 2. Valoración de la enfermedad profesional como situación desencadenante de una prestación de IP: determinación de la gravedad y de sus efectos invalidantes: 2.1. La normativa vigente: ausencia de desarrollo reglamentario actualizado y derecho transitorio. 2.2. Principios generales de origen judicial: 2.2.1. Valoración individualizada de la incapacidad. 2.2.2. Delimitación de la profesión habitual utilizada como parámetro para la calificación de la IP derivada de enfermedad profesional. 2.2.3. Valoración conjunta de las secuelas. 2.3. Análisis de la casuística: valoración de la IP causada por las enfermedades profesionales más frecuentes: 2.3.1. Enfermedades profesionales producidas por agentes físicos. 2.3.2. Enfermedades profesionales de la piel. 2.3.3. Afecciones broncopulmonares. Normativa específica sobre determinación del grado de la IP en materia de silicosis. 2.3.4. Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos. 2.3.5. Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos. III.- CONCLUSIONES.

La protección que el sistema de Seguridad Social depara frente a casos de enfermedad difiere en función del origen profesional o común de las dolencias[232], así como de la gravedad de las mismas, medida con relación a su grado incapacitante para el trabajo. Origen y gravedad son atributos de la enfermedad cuyo estudio se aborda desde diversas áreas de conocimiento (Medicina, Psicología, Psiquiatría, Derecho de la Seguridad Social…) que convergen en una misma realidad y, por tanto, en un mismo procedimiento administrativo o judicial donde se debate la protección de Seguridad Social que la dolencia precisa.

Dejando a un lado el estudio sustantivo de los criterios médicos, y sin perjuicio de la obligada referencia a la previsión legal sobre confección de una Guía de síntomas y patologías orientativos para el diagnóstico, procede ahora analizar los medios a través de los cuales dichos conocimientos son proporcionados al órgano que debe efectuar la calificación jurídica de la enfermedad y las normas existentes sobre apreciación de la prueba médica aportada, así como los criterios jurídicos, de origen legal o judicial, de aplicación tanto en la determinación del origen de la dolencia como en la valoración de sus efectos invalidantes a efectos de la declaración de una eventual situación de Incapacidad Permanente.

I. APORTACIÓN AL PROCESO DE LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA LA DETERMINACIÓN DEL ORIGEN Y GRAVEDAD DE LAS PATOLOGÍAS PROFESIONALES

1. Algunas consideraciones sobre la prueba pericial médica y su valoración

El diagnóstico de la enfermedad y la valoración de sus consecuencias incapacitantes se basa en criterios médicos que requieren la traducción práctica de un experto, ya que normalmente la ciencia personal del juez no es suficiente para su perfecta comprensión y aplicación al supuesto de hecho. La aportación al proceso laboral de los criterios científicos que permiten determinar el origen y gravedad de la enfermedad se efectúa por medio de diversos informes médicos, los que constan en el expediente administrativo de

[232] Tanto en la cuantía de las prestaciones, como en los requisitos de acceso a las mismas, que se relajan cuando la contingencia es profesional, según se expuso en el Capítulo I de este estudio.

IP o de determinación de la contingencia tramitado por la Entidad Gestora[233] y aquellos que se presentan como medio de prueba pericial.

Ahora bien, puesto que la existencia de un proceso en esta materia presupone la de una controversia respecto del origen de la enfermedad o de la gravedad de su efecto incapacitante, en la práctica el juzgador se ve obligado a sopesar las alegaciones de las partes que discrepan sobre la corrección del diagnóstico contenido en los diversos informes médicos aportados al proceso. En suma, pueden y suelen plantearse contradicciones entre los informes médicos que se contienen en el expediente de IP presentado por el INSS, y, según los casos, los que proporcionan las Mutuas, las Compañías de seguros, o los Médicos de Empresa, y los aportados por el trabajador.

Según el art. 97.2 LPL, el juez ha de apreciar la prueba practicada en su conjunto, siendo libre para valorar los informes médicos contradictorios, conforme a las reglas de la sana crítica (art. 348 LEC)[234]. Esta circunstancia, unida al principio de inmediación que rige en el proceso laboral, ha llevado a la doctrina judicial[235] a afirmar que debe prevalecer la convicción que el juzgador ha obtenido sobre la subjetiva e interesada por la parte, salvo que los informes invocados por ésta, por la superior especialización, calificación científica e imparcialidad de quienes los emiten, pongan de manifiesto el error padecido por parte del Juez *a quo* en la valoración de la prueba[236].

---

233 En la línea marcada por los arts. 126.4 LGSS y 1.a) RD 1300/1995, el art. 3 RD 1299/2006, insiste en la atribución competencial a favor de la Entidad Gestora de la calificación en vía administrativa de las enfermedades como profesionales. Para un estudio legislativo y jurisprudencial de esta cuestión, *vid*. GARCÍA PEREA, P., "Mutuas de Accidentes y el aseguramiento de las contingencias profesionales", en AAVV. (coord.. MERCADER UGUINA, J.R.), *Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales*, La Ley-Fraternidad Muprespa, Madrid, 2007, pp. 300-303.

234 *Vid*. HERNÁNDEZ MARTÍNEZ-CAMPELLO, C., "La prueba pericial médica ante la jurisdicción laboral", AAVV., *La prueba pericial médica*, La Ley, Madrid, 2008, pp. 424 y 425.

235 A modo de ejemplo, en SSTS de 2 abril 1985 (RJ 1985,1848) y 24 junio 1986 (RJ 1986,3732); en la doctrina de suplicación, *vid*. STSJ Murcia de 23 enero 2006 (RJ 2006,90064).

236 De esta forma, la doctrina judicial viene concediendo mayor relevancia científica a aquellos informes: 1) emitidos por el perito que haya seguido la evolución del proceso patológico del enfermo, frente a los dictámenes emitidos en base a una única exploración; 2) por una institución médica de prestigio o perito médico especializado en la enfermedad objeto del informe [STS de 6 marzo 1991 (RJ 1991,1836)]; 3) por entidad o perito imparcial, vgr. Médico Forense; o, en fin, 4) de fecha más reciente o próxima al momento en que son aportados o valorados [STSJ Castilla-La Mancha de 9 febrero 1996 (AS 1996,344)]. Acerca de la valoración de los distintos informes médicos, *vid*. VILLANUEVA GALLEGO, F., *La prueba en el proceso de Incapacidad permanente*, Estudio inédito realizado en el marco del programa de doctorado "Cuestiones Actuales de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social (2005-2007), Universidad de Murcia, 2007.

No es infrecuente que el juez conceda mayor crédito a los informes que obran en el expediente administrativo aportado al juicio, pese a que la vigente legislación no les atribuye preferencia legal[237]. Este proceder presenta el inconveniente de que, en puridad, y por más que de ellos se predique su carácter oficial por proceder de un ente público[238], dichos informes constituyen documentos de parte. En otro orden de consideraciones, el principio de igualdad procesal, en lo que concierne al acceso a la prueba, peligra por el encarecimiento que comporta para el enfermo el tener que aportar a su cargo prueba pericial que apoye su demanda, pese a que *iuris et de iure* goza de la presunción de carecer de medios para litigar[239].

Las anteriores reflexiones deberían motivar al Juez, de oficio o a instancia de parte, a acudir al Médico Forense, posibilidad que contempla el art. 93.2 LPL, a fin de obtener una opinión imparcial que contribuya a superar posibles contradicciones entre informes médicos[240]. De otro lado, en cuanto la asistencia pericial a cargo del personal técnico adscrito a los órganos jurisdiccionales puede obtenerse gratuitamente por quienes tienen derecho al beneficio de justicia gratuita, conforme a los arts. 6.6 LAJG y 339.1 LEC, este recurso constituye además una garantía del derecho a la tutela judicial efectiva (art. 24 CE) [241]. En este sentido, son diversos los pronunciamientos judiciales que entienden que el derecho a la tutela judicial efectiva quedaría vacío de contenido si, en un pleito donde se discrepa de las dolencias, una parte no

---

237 SÁNCHEZ PEGO, F.J. y TOLOSA TRIBIÑO, C., "Los procesos de Seguridad Social", AAVV., DE LA VILLA GIL, L.E. (Dir.), *Derecho de la Seguridad Social*, 3ª, Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2002, p. 823. *Vid*. las consideraciones efectuadas en este sentido por STSJ Extremadura de 1 septiembre 2004.

238 Sobre la mayor eficacia probatoria atribuida por los tribunales al dictamen-propuesta del EVI dado su carácter de informe oficial especializado, *vid*. RIVAS VALLEJO, P., "Aspectos procesales relacionados con el proceso de reclamación de la prestación por incapacidad permanente. Vía administrativa y vía judicial", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico*, RIVAS VALLEJO, P. (Dir.), Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2006, p. 235.

239 Art. 2.d) Ley 1/1996, de 10 de enero, de Asistencia Jurídica Gratuita (en adelante, LAJG), desarrollada reglamentariamente por RD 2103/1996, de 20 de septiembre.

240 Con relación a la especial relevancia probatoria del informe del Médico Forense en los procesos sobre incapacidad, *vid*. STSJ Extremadura de 15 junio 2006 (AS 2006,2052).

241 HERNÁNDEZ MARTÍNEZ-CAMPELLO, C., "La prueba pericial médica ante la jurisdicción laboral", cit., pp. 427-433.

pudiera acudir a una prueba pericial objetiva distinta de la aportada por la otra parte por carecer de medios económicos para ello[242].

2. El objeto de la prueba pericial médica

La prueba pericial médica, en lo que concierne a las enfermedades profesionales, tiene por objeto proporcionar al órgano judicial aquellos datos que le permitan clarificar el origen de la patología, su eventual efecto invalidante, así como el grado de incapacidad que comporta, en los términos que a continuación se exponen.

2.1. Diagnóstico de la enfermedad

Con carácter general, cualquiera que sea el origen de la enfermedad, el dictamen médico viene encaminado en primer lugar a establecer un diagnóstico de la enfermedad, señalando su sintomatología. El informe ha de indicar el tratamiento efectuado, la evolución experimentada por la enfermedad como resultado del mismo, y en caso de que queden secuelas tras el tratamiento, detallar sus síntomas, grado y gravedad[243].

Ahora bien, cuando se debate el origen común o profesional de las dolencias, la prueba se dirige además a constatar los tres elementos que, según el art. 116 LGSS, conforman la noción de enfermedad profesional, a saber, enfermedad-agente enfermante-trabajo:

a) De un lado, y como consecuencia del sistema de lista vigente, en el momento de efectuar el diagnóstico de la enfermedad, el informe médico debe declarar si la enfermedad que padece el trabajador es una de las incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales, aprobado por el RD 1299/2006, de 10 de noviembre.

b) En segundo término, el informe ha de precisar el elemento o sustancia capaz de producir la enfermedad (ruido, luminosidad, agentes químicos o infecciosos, etc.)[244]. Para que se pueda hablar de enfermedad profesional, dicho agente deberá figurar en la lista anteriormente citada.

---

242 STSJ Extremadura de 15 junio de 2006 (AS 2006,2052).

243 ORÓS MURUZÁBAL, M., "La intervención de peritos médicos y de médicos forenses en los procesos por Incapacidad Permanente", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales, cit.,* pp. 296-298.

244 *Idem,* p. 300.

c) Finalmente, el dictamen establecerá la posible relación de causalidad entre los hechos anteriores (agente o elemento enfermante y enfermedad) y la actividad laboral realizada. No obstante, dicha prueba se ve favorecida por la presunción *iuris et de iure* contenida en el art. 116 LGSS, en la medida en que los elementos a considerar aparezcan expresamente citados en la lista de enfermedades profesionales[245].

2.2. Valoración de la repercusión de la dolencia en la capacidad laboral

A fin de afirmar o descartar la existencia de incapacidad laboral, el informe pericial deberá analizar la relación existente entre la sintomatología de estas secuelas y las funciones laborales que lleva a cabo el trabajador. En este punto, el informe ha de partir de las tareas que el trabajador desarrolla, para concluir si la enfermedad comporta una disminución o anulación de su capacidad laboral desde la doble perspectiva de su eficacia y la seguridad en el trabajo, propia y para terceros[246].

Sin embargo, el establecimiento de la relación actividad-incapacidad presenta como principal obstáculo la desconexión temporal que puede existir entre la prestación del trabajo y la declaración de la incapacidad, dado que ciertas enfermedades profesionales requieren un largo período de gestación o latencia y pueden exteriorizarse mucho tiempo después de haber finalizado la exposición al agente enfermante. Según se expondrá posteriormente[247], la cuestión ha sido tratada de forma insuficiente por la normativa de Seguridad Social, y afrontada por la doctrina del Tribunal Supremo con criterio flexibilizador.

En el supuesto en que el dictamen médico haya apreciado la existencia de incapacidad laboral, habrá de establecer su naturaleza temporal o permanente, en función de la posibilidad y necesidad de continuar tratamiento y del carácter consolidado o no de las secuelas. Si la incapacidad resultante es permanente, el informe debe aportar los criterios que permitan al órgano judicial calificar el porcentaje y grado de incapacidad. En este punto, cobra especial importancia el análisis pericial del profesiograma laboral del trabajador,

---

245 *Vid*. *infra* aptdo. II.

246 Según ha advertido la jurisprudencia [STS de 23 noviembre 2000 (RJ 2000, 10300)], en la valoración de la IP se debe considerar no sólo la reducción de la capacidad laboral que comporta, sino también cómo afecta la afección a la seguridad del trabajador y de sus compañeros o terceros.

247 En el aptdo. II.2, al hilo del estudio de los criterios jurídicos para la determinación del grado de IP.

entendido como el conjunto de características mínimas de estudios, experiencia, conocimientos, aptitudes, habilidades y rasgos psíquicos asociados a un puesto de trabajo y que definen teóricamente el tipo de persona apta para ocuparlo[248].

3. Criterios médicos para la determinación del origen de la enfermedad y la gravedad de sus secuelas

3.1. La futura "Guía de síntomas y patologías relacionados con el agente causante de la enfermedad profesional"

La dificultad científica de diagnosticar el origen profesional de ciertas afecciones, ya sea porque pueden responder a diversas causas, ya porque comparten síntomas con otras enfermedades, unida a la inexistencia de guías actualizadas de diagnóstico y a un, hasta fechas recientes, deficiente sistema de notificación y registro[249], ha dado lugar a la "subdeclaración" o "infraestimación" de las enfermedades profesionales en España. Así, en comparación con otros países de nuestro entorno cuya realidad productiva es similar, "las cifras españolas son sensiblemente inferiores (entre dos y diez veces) a las estimaciones de la mayoría de los países de la OCDE"[250].

Sin duda, la existencia de instrucciones actualizadas de síntomas y patologías relacionadas con el trabajo contribuiría al correcto diagnóstico de la enfermedad a efectos de la determinación de su origen profesional por parte del facultativo del SPS[251], de los facultativos del INSS o de quienes actúen como peritos ya en el proceso. Por esta razón, la Disp. Adic. 1ª RD 1299/2006, encomienda a los órganos técnicos de los MTAS y MSC la elaboración de una *"Guía de síntomas y patologías relacionadas con el agente causante de la enfermedad profesional, que sirva como fuente de información y ayuda para su diagnóstico"*.

---

248 RODRÍGUEZ IZQUIERDO, "Concepto jurídico y grados de Incapacidad Permanente", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico*, cit., p. 115.

249 Mejorado sustancialmente merced a las nuevas previsiones contenidas en la Orden TAS/1/2007, de 2 enero, que establece el modelo de parte de enfermedad profesional, dicta normas para su elaboración y transmisión y crea el correspondiente fichero de datos personales.

250 La cita es de la propia *web* del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), http://www.msc.ciuddanos/saludAmbLaboral/...

251 A quien, el art. 5 RD 1299/2006 y la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, señalan como primer encargado de su diagnóstico y notificación.

La citada Disposición pretende dar cumplimiento al art. 1.8) de la Recomendación 2003/670/CE de la Comisión, de 19 de septiembre, en el sentido de que los Estados miembros de la UE, "*garanticen una amplia difusión de los documentos de ayuda al diagnóstico de las enfermedades profesionales incluidas en sus listas nacionales, teniendo en cuenta, en particular, las notas de ayuda al diagnóstico de enfermedades profesionales publicadas por la Comisión"*. Las vigentes "Notas explicativas de ayuda al diagnóstico de las enfermedades profesionales", fueron elaboradas en 1997 por un grupo de expertos reunidos por la Comisión Europea, de conformidad con la Recomendación de la Comisión 90/3326/CEE, concerniente a la adopción de una lista europea de enfermedades profesionales, y publicadas en España por el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo del MSC en 1999.

Pese a contar con el modelo elaborado por la Comisión, la confección de la Guía nacional constituye un trabajo arduo que se halla en fase de gestación, para la que se van a constituir grupos de trabajo integrados por representantes del INSS, las MATEPSS y el MSC a través del Instituto Carlos III (Escuela Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo).

De los documentos preparatorios analizados, y sin perjuicio de cuál sea el resultado final, se deduce que su contenido tendrá una triple vertiente de aproximación a cada enfermedad profesional: a) médica (diagnóstico: exploraciones; pruebas complementarias; relación de síntomas y/o signos identificativos); b) laboral (identificación del agente y de las actividades en que se encuentran); y c) administrativa (instrucciones para la calificación de la incapacidad como temporal o permanente; pertinencia, en su caso, de establecer un período de observación…).

En tanto no se apruebe dicha guía, los profesionales continuarán, probablemente, acudiendo a los criterios establecidos por las Órdenes de 12 de enero de 1963 y de 15 de diciembre de 1965, que acompañaban al listado de enfermedades profesionales de 1961[252], ya que el de 1978[253] (sustituido por el vigente) no disponía de guía de diagnóstico renovada. Asimismo, serán de utilidad por su mayor actualidad científica, los diversos "Protocolos de vigilancia sanitaria específica" publicados por el MSC, relativos a la prevención y diagnóstico de las patologías provocadas por determinados agentes, amén de

252 Aprobado por Decreto 792/1961, de 13 de abril.

253 Aprobado por RD 1995/1978, de 12 de mayo.

las precitadas "Notas de ayuda al diagnóstico" elaboradas en 1997 a instancias de la Comisión Europea.

3.2. Valoración de la gravedad. Brevemente, sobre el sistema de baremos

Tras el diagnóstico de la enfermedad profesional, el informe médico se dirige a determinar la gravedad de la patología que aqueja al enfermo. En su labor de valoración de la gravedad de las patologías, los peritos o expertos se basan en criterios estándar elaborados por la Comunidad científica, consistentes en tablas, baremos y métodos de evaluación que, aplicados al caso concreto, permiten concretar de forma objetiva la repercusión de las dolencias en la capacidad laboral del paciente.

Estos criterios-guía resultan de gran ayuda para el perito y, en consecuencia, para el juez, pero no le vinculan en la medida en que, conviene recordar, la apreciación de la prueba pericial es libre para el juzgador. Esta regla no carece de lógica, toda vez que, por muy elaborado que se halle el baremo y ágil sea su mecanismo de actualización, difícilmente podrá contemplar los últimos avances científicos, ni todas las variables o circunstancias que pueden concurrir en un individuo; la casuística es, desde luego, infinita[254].

En fin, la propia existencia de una pluralidad de baremos[255] trae consigo la falta de uniformidad de los resultados de la valoración, que pueden variar en función del que se utilice y del sujeto que los interprete o aplique (perito médico privado, médico forense, médico del SPS, EVI, etc).

II. CRITERIOS JURÍDICOS ORIENTATIVOS PARA LA DETERMINACIÓN DEL ORIGEN PROFESIONAL DE LA ENFERMEDAD Y DE SU GRAVEDAD

---

254 Sobre las ventajas e inconvenientes del sistema de baremos, *vid*. DE AMÓS GARCÍA, C., "Estudio comparado: baremos internacionales y nacionales", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico,* cit., p. 301.

255 Entre los más utilizados cabe citar: 1) La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), aprobada en 2001 por la 54 Asamblea de la OMS. Dicha clasificación sirvió para la redacción del RD 1971/1999, de 23 de diciembre, relativo al procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía en el ámbito de los Servicios Sociales y de la Seguridad Social. 2) Tablas JAMA o guías de evaluación de la incapacidad permanente, elaboradas por la Asociación Médica Americana (AMA). 3) Baremo Internacional de invalideces postraumáticas, promovido por el Dr. Mélennec, en 1997, etc. Para un análisis pormenorizado de los baremos, *vid*. DE AMOS GARCÍA, C., "Estudio comparado: baremos internacionales y nacionales", cit., pp. 300-314.

A partir del juicio médico aportado por los expertos a través de los medios anteriormente expuestos, corresponde al órgano judicial efectuar la calificación jurídica de la afección como enfermedad profesional, y asignar las consecuencias que en materia de protección social corresponden a dicha contingencia[256], aplicando para ello los criterios generales, tanto de origen normativo como de elaboración jurisprudencial, que se analizan en los siguientes epígrafes.

1. Calificación de la contingencia: La prueba del origen profesional

1.1. Presunción de la relación de causalidad

Frente al sistema abierto o de determinación judicial de aplicación en otros ordenamientos (fundamentalmente de origen anglosajón), la existencia de una lista de enfermedades profesionales relacionada con actividades y agentes tiene como principal ventaja, además de la seguridad jurídica que proporciona, la de reducir los problemas de prueba del nexo causal. En efecto, una vez diagnosticada la enfermedad, constatada la existencia del agente listado, y acreditada la realización de la actividad para la que aquella está prevista, la calificación como profesional es prácticamente automática[257]. En este sentido, la doctrina[258] coincide al deducir del art. 116 LGSS, la existencia de una presunción *iuris et de iure* del carácter profesional de la enfermedad, por no admitir prueba en contrario[259].

La previsión legal tiene la virtualidad de exonerar de la prueba de relación de causalidad entre agente y enfermedad, de un lado, y enfermedad y actividad laboral, de otro. La trascendencia práctica de esta presunción viene dada por el hecho de que, en la enfermedad concurren elementos que pueden dificultar enormemente la prueba de la relación de causalidad:

---

256 STS de 24 junio 1986 (RJ 1986,3732).

257 DESDENTADO BONETE, A., en AAVV., *Comentarios a la Ley de Seguridad Social* (Dir. J.L. MONEREO), Comares, Granada, 1999, p. 1122.

258 Por todos, LÓPEZ GANDÍA, J., "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales (Comentarios al RD 1299/2006, de 10 de noviembre)", en LÓPEZ GANDÍA, J., y AGUDO DÍAZ, J., *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, Bomarzo, Albacete, 2007, pp. 16 y ss.

259 STSJ Cataluña de 27 septiembre 2006 (AS 2007, 1327); STSJ Asturias, de 11 mayo 2001 (JUR 2001, 183283); STSJ Andalucía/Málaga de 27 diciembre 1994 (AS 1994, 4875).

a) Intervienen, en primer lugar, factores subjetivos como la variabilidad biológica, pues las condiciones genéticas de cada individuo pueden influir en la aparición o no de la enfermedad o en su gravedad, aún tratándose de un mismo ambiente laboral con exposición a los mismos riesgos y agentes.

b) Asimismo, existen elementos objetivos que dificultan el establecimiento de la relación de causalidad entre la enfermedad o los agentes enfermantes y la actividad realizada: Una enfermedad puede ser producto del concurso de diversos agentes o factores laborales o extralaborales que actúan como concausa de la misma (vgr. un cáncer de pulmón), en cuyo caso se habla de multicausalidad[260]. Por otra parte, la exposición a un mismo agente puede determinar o no la aparición de la enfermedad o su gravedad en función de las condiciones de exposición.

c) A estas circunstancias se suma la inespecificidad clínica de algunas enfermedades profesionales, cuyos síntomas no aparecen hoy por hoy claramente definidos mediante un cuadro clínico que facilite la tarea de relacionar la enfermedad con un trabajo determinado[261], aunque es de esperar que la publicación de la Guía de síntomas y patologías relacionadas con el agente causante de la enfermedad profesional, encomendada a los órganos técnicos de los MTAS y MSC, contribuirá a identificar y diagnosticar estas enfermedades profesionales.

1.2. Interpretación flexible del cuadro de enfermedades profesionales por parte de la doctrina judicial

El tenor del art. 116 LGSS es concluyente al exigir la concurrencia de tres elementos "enfermedad listada-actividad peligrosa-agente nocivo", para que se declare la existencia de una enfermedad profesional, estableciendo de esta forma un sistema cerrado de calificación de la misma. Ahora bien, la normativa reglamentaria que desarrolla dicho precepto no es, ni puede ser, exhaustiva, sino que establece ciertos elementos de flexibilidad que desvirtúan en cierto modo la concepción de la lista como cerrada.

La flexibilidad propiciada por el desarrollo reglamentario se apreciaba ya en el cuadro aprobado por el RD 1995/1978, de 12 de mayo, algunos de cuyos

---

260 MORENO CÁLIZ, S., "La enfermedad profesional: aspectos controvertidos", *Aranzadi Social*, 2001, vol. V, p. 736.

261 LANTARÓN BARQUÍN, D., "Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica", *RL*, 2008, vol. I, p.415.

epígrafes aludían únicamente a las principales sustancias enfermantes o las principales actividades que podían originar la enfermedad. Esta circunstancia llevó a la doctrina de suplicación a interpretar de forma flexible la lista, calificando como profesionales ciertas enfermedades producidas con ocasión de trabajos[262] o de agentes[263] no enunciados en la lista. Por el contrario, los tribunales se han mostrado reacios a calificar como profesionales enfermedades que no figuraban expresamente citadas en la lista[264], pese a quedar probada la relación de causalidad entre ellas y ciertas sustancias y actividades enunciadas en la misma[265].

Tampoco el vigente cuadro de enfermedades profesionales, aprobado por el RD 1299/2006, cierra el paso a una interpretación flexible de la lista, pues aunque su redacción es más cuidada y minuciosa, mantiene en ocasiones una dicción muy similar utilizando expresiones abiertas que, por otro lado, contribuyen a minimizar el carácter necesariamente incompleto de toda lista cerrada. En lo que concierne a las actividades, y sin ánimo exhaustivo, en el grupo 5 (relativo a las enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados) se alude a *"cualquier tipo de actividad en la que se entre en contacto con sustancias de bajo peso molecular*" en un buen número de sectores. Y, con carácter general, la quinta columna del Anexo I se refiere a las "*principales actividades capaces de*" producir las enfermedades profesionales. En cuanto a los agentes que pueden producir las patologías, a menudo se cita literalmente un número de ellos aunque, en muchos casos, la relación se hace a modo de ejemplo, ya sea porque se encabezan con expresiones como "*especialmente*", "*principalmente*", "*tales como*"…; o finalizan con un socorrido "*etcétera*".

Con todo, la apreciación de supuestos no expresamente contemplados en el cuadro pasa por el recurso a la analogía, siendo preciso demostrar la similitud de las circunstancias en que se desenvuelve la actividad, o la pertenencia de los agentes enfermantes al grupo o familia de los enunciados en el cuadro. En suma, se requiere una labor probatoria conducente a la

---

262 *Vid*. STSJ Cataluña de 21 abril 1998 (AS 1998, 5579).

263 *Vid*. STSJ Cantabria de 7 julio 1999 (AS 1999, 6322); STSJ Galicia de 30 junio 1993 (AS 1993, 2946).

264 Por todas, *vid*. SSTSJ País Vasco, de 13 octubre 1994 (AS 1994, 4067) y Murcia de 18 mayo 1993 (AS 1993, 2443).

265 Como excepción, cfr. STSJ Las Palmas de 9 marzo 1993 (AS 1993, 1169).

subsunción del supuesto de hecho (agente, actividad) que, sin embargo, no es necesaria cuando los tres elementos que integran la noción de enfermedad profesional (enfermedad, agente nocivo y actividad) aparecen explicitados en la lista.

1.3. La lista de sospecha: ¿Presunción *iuris tantum* o indicio del carácter profesional o del origen laboral de la enfermedad?

De otro lado, es de prever que la introducción de la *"lista complementaria de enfermedades de cuyo origen profesional se sospecha"*, por medio del Anexo 2 del RD 1299/2006, tenga repercusión en la actividad probatoria exigida respecto de las enfermedades incluidas en el citado Anexo.

Si bien respecto de éstas no cabe la presunción *iuris et de iure* de su carácter profesional que se deduce del art. 116 LPL y que por el contrario sí se predica respecto de las enfermedades listadas en el Anexo 1 (pues en otro caso no tendría sentido establecer dos listas), su inclusión en la lista de sospecha del Anexo 2 debería tener, al menos, como consecuencia el aligeramiento de la prueba que corresponde al trabajador, a efectos de su consideración como enfermedad profesional[266], o, más probablemente, como enfermedad de trabajo que constituye accidente de trabajo *ex* art. 115.1.e) LPL. En el último sentido, se ha afirmado que la inclusión en la lista de sospecha podría considerarse un indicio e, incluso, una presunción *iuris tantum* de la vinculación laboral de la enfermedad[267].

2. Valoración de la enfermedad profesional como situación desencadenante de una prestación de IP: determinación de la gravedad y de sus efectos invalidantes

Una vez constatada la existencia de una enfermedad profesional, mediante la aplicación al caso concreto del cuadro contenido en el RD 1299/2006, en lo que concierne al diagnóstico de una enfermedad listada, que obedece a determinados agentes o elementos nocivos igualmente contemplados en la citada norma, y que se hallan relacionados con la actividad

---

266 Aunque esto parece improbable, ya que el propio enunciado del Anexo 2 señala que su *"inclusión en el cuadro de enfermedades podría contemplarse en el futuro,* por tanto no parece que sea intención del artífice reglamentario establecer en el presente su consideración como enfermedad profesional.

267 LANTARÓN BARQUÍN, D., "Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica", cit., pp. 439 y 440.

realizada por el trabajador afectado, el órgano calificador debe establecer el grado de IP que proceda.

La calificación jurídica del grado de IP requiere un proceso lógico de aplicación de ciertos preceptos jurídicos a los hechos contenidos en el informe médico, que no corresponde efectuar al perito, sino al órgano administrativo o judicial que conozca del procedimiento de calificación de la IP[268]. El mencionado juicio lógico de valoración del grado encuentra como principales escollos, la propia normativa vigente en cuanto carece de desarrollo reglamentario actualizado, el carácter indeterminado de los conceptos jurídicos con que la normativa precedente define los diversos grados de IP, y, en fin, la necesidad de evaluar de forma individualizada la situación incapacitante respecto de cada trabajador, determinando la consiguiente dificultad de encontrar precedentes similares que sirvan de guía.

2.1. La normativa vigente: ausencia de desarrollo reglamentario actualizado y derecho transitorio

El art. 137.1 LGSS contempla cuatro grados de IP en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo del afectado: parcial, total, absoluta y gran invalidez. Tras la modificación introducida por Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social, el citado precepto no contiene una definición o descripción, siquiera sucinta, de dichos conceptos, tarea que encomienda al ulterior desarrollo reglamentario por parte del Gobierno de la Nación previo informe del Consejo General del INSS (art. 137.3)[269].

El futuro reglamento ha de establecer una lista de enfermedades que incluirá su valoración a efectos de precisar la reducción de la capacidad de trabajo que comportan, y la determinación de los distintos grados de incapacidad que puedan generar (art. 137.3). La aprobación de semejante lista significará, en definitiva, el abandono del sistema de calificación abierto e introducción de un sistema de baremo en orden a la valoración, no ya médica, sino también jurídica (y en esto consiste la novedad) de la incapacidad.

---

268 En este sentido se expresan, entre otras, la STS de 6 octubre 2002 (RJ 1992,7616) y la STSJ Murcia de 15 enero 1991 (AS 1991,635).

269 La Disp. Transit. 5ª *bis* LGSS previó la aprobación del desarrollo reglamentario en el plazo de un año desde la aprobación de la Ley 24/1997. Dicho plazo fue ampliado, por un año más, por la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, si bien hasta la fecha no se ha procedido a la aprobación del desarrollo reglamentario.

Las reflexiones (dudas y temores) que este nuevo sistema suscita en la doctrina científica se centran fundamentalmente, en la dificultad que entraña la confección de una lista comprensiva de todas las posibles dolencias, así como en el riesgo de desprotección que supondría la interpretación estricta de una lista incompleta. A esta consideración se añade la imposibilidad de que una lista genérica pueda valorar la reducción de la capacidad de trabajo con relación a las circunstancias laborales individuales del trabajador (profesiograma laboral), que han de ser puestas en relación con las secuelas a la hora de establecer el grado de IP[270].

En tanto llega el anunciado desarrollo reglamentario, la Disp. Transit. 5ª *bis* LGSS adopta la cautela de mantener la vigencia del art. 137 LGSS según la redacción anterior a la Ley 24/1997, de forma que, tanto su contenido, que incluye una somera definición de cada uno de los cuatro grados de IP, como la normativa reglamentaria precedente que le servía de apoyo[271], continúa siendo utilizada por los órganos encargados de efectuar la calificación jurídica de la incapacidad.

2.2. Principios generales de origen judicial

Con carácter previo al análisis de los criterios judiciales que sobre las principales enfermedades profesionales existen, conviene poner de relieve la existencia de ciertos principios generales que la doctrina judicial ha acuñado en materia de calificación de la incapacidad, y que probablemente sean más orientativos en la valoración de la IP que el estudio en sí de la casuística existente.

2.2.1. Valoración individualizada de la incapacidad

La valoración de la gravedad y grado de la incapacidad requiere una labor de individualización de los criterios médicos y jurídicos generalmente establecidos, en lo que concierne a la objetivación de las secuelas y a los porcentajes de reducción de la capacidad laboral que trae consigo la patología, a las circunstancias particulares del caso a enjuiciar.

---

270 ÁLVAREZ DE LA ROSA, M., "La incapacidad permanente", AAVV., DE LA VILLA GIL, L.E. (Dir.), *Derecho de la Seguridad Social*, 3ª, Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2002, p. 476; DESDENTADO BONETE, A., "La protección de la incapacidad permanente en la Ley de Consolidación y Racionalización del sistema de Seguridad Social, *RMTAS*, núm. 4, 1997, pp. 11 y ss.

271 Así, el RD 3158/1966, de 23 de diciembre, y arts. 41 a 45 de la Orden de 15 de abril de 1969.

Según se expuso anteriormente, dichas circunstancias vienen determinadas, en primer término, por las personales condiciones genéticas y biológicas del trabajador, que determinan que una misma enfermedad profesional pueda manifestarse con mayor o menor gravedad y, por tanto, distinto grado invalidante en función de la naturaleza de cada persona.

En segundo lugar, del art. 137.2 LPL se deduce que la determinación del grado de incapacidad ha de realizarse en atención a "*la incidencia de la reducción de la capacidad de trabajo en el desarrollo de la profesión que ejercía el interesado o del grupo profesional, en que aquélla estaba encuadrada"*. Con anterioridad a la reforma operada por la Ley 24/1997, los aptdos. 3 y 4 del art. 137 (que, conviene recordar, continúan siendo aplicables en tanto no se apruebe el listado de enfermedades al que se refiere el vigente art. 137.3 LPL), definían los grados de IP parcial y total con relación a la profesión habitual del trabajador. De ahí que la jurisprudencia haya establecido la necesidad de valorar el grado de IP individualizadamente, teniendo en cuenta la repercusión de las secuelas en relación con el profesiograma laboral de cada trabajador[272].

Corolario de esta necesidad de individualizar el juicio de calificación del grado de IP respecto de cada trabajador es la imposibilidad de extender o generalizar las decisiones en materia de IP a otros supuestos y, por ello, de hallar pronunciamientos contradictorios respecto de un mismo supuesto de hecho en los que fundar un eventual recurso de casación para la unificación de doctrina[273].

2.2.2. Determinación de la profesión habitual utilizada como parámetro para la calificación de la IP derivada de enfermedad profesional.

La referencia efectuada por el art. 137 LGSS/1994 (redacción anterior a la Ley 24/1997) a la "profesión habitual" como parámetro para la calificación de los grados de IP parcial y total, plantea problemas interpretativos en lo que concierne a la delimitación tanto objetiva como temporal del citado concepto jurídico. Habiendo sido ya tratada en detalle la dimensión material de la noción

---

272 Por todas, SSTS de 12 junio y 24 julio 1986 (RJ 1986, 3538 y 4298) y de 28 julio y 27 octubre 2003 (RJ 2003, 7696 y 7767, respectivamente).

273 Es jurisprudencia expresada reiteradamente en numerosos Autos del TS, por todos, *vid*. los fechados el 10 mayo y 19 noviembre 1991 (RJ 1991, 3799 y 8250), 17 febrero 1992 (RJ 1992, 5600) y 29 mayo 1992 (RJ 1993,2254).

de profesión habitual por la doctrina[274], procede ahora señalar la especial relevancia que posee la delimitación temporal del concepto cuando la IP procede de enfermedad profesional.

Al respecto, el art. 137.2 LGSS/1994 señalaba que *"se entenderá por profesión habitual […] (e)n caso de enfermedad común o profesional, aquella a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante el período de tiempo, anterior a la iniciación de la incapacidad que reglamentariamente se determine"*[275]. El vigente tenor del art. 137 LGSS no difiere sustancialmente del anterior, en la medida en que la profesión o grupo profesional, que toma como referente en orden a la medición de la reducción de la capacidad de trabajo, es aquélla que ejercía el interesado *"antes de producirse el hecho causante de la incapacidad permanente"*.

Nótese que el precepto alude al hecho causante de la incapacidad y no de la enfermedad profesional. La distinción no es baladí pues, a diferencia del accidente, la enfermedad profesional se caracteriza por su lenta gestación como consecuencia de la prolongada exposición a los agentes y elementos nocivos que concurren en la actividad laboral. Hasta tal punto es así, que hay enfermedades cuya gestación o período de latencia requiere años[276], pudiéndose exteriorizar con posterioridad a la finalización del contrato cuya ejecución determinó la exposición al agente enfermante, incluso estando el trabajador realizando otra actividad laboral en la que no se halle presente ninguno de los elementos enfermantes recogidos en la lista, o, en fin, tras su jubilación.

Esta desconexión temporal entre el momento en que se evidencia o diagnostica la enfermedad y califica a efectos de IP, y aquél anterior en que el trabajador realizó la actividad profesional que le expuso al agente enfermante, puede llevar a una grave desprotección del trabajador.

---

274 Sobre el concepto de profesión habitual, *vid*. RODRÍGUEZ IZQUIERDO, R., "Concepto jurídico y grados de Incapacidad Permanente", cit., pp. 112 y ss.

275 El art. 11.2 de la Orden de 15 de abril de 1969, sobre prestaciones por invalidez en el RGSS, señalaba como profesión habitual aquella a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante los doce meses anteriores a la iniciación de la IT.

276 Entre los supuestos más significativos cabe citar, una media de 5 años en el caso de la neumoconiosis por grafito natural o artificial; de 1 a 10 años para la silicosis según sea más o menos aguda y acelerada; o, en el caso del mesiotelioma por inhalación de asbesto o amianto azul, un tiempo de latencia siempre superior a los 20-25 años, pudiendo llegar hasta 40 años.

En efecto, según el art. 13.2 Orden 18 enero 1996, la fecha del hecho causante de la IP, coincide con la finalización de la situación de IT previa, o con la fecha de emisión del dictamen-propuesta sobre calificación de la IP por el EVI, en caso contrario (IP a la que se accede directamente sin previa IT o desde una situación de IT que no se haya extinguido)[277]. Aplicar a la IP derivada de enfermedad profesional el criterio general establecido en el art. 13.2 Orden 18 enero 1996, pudiera suponer en muchos casos la ubicación del hecho causante de la IP en una fecha en la que el trabajador podría haber abandonado la profesión en la que quedó expuesto al agente nocivo, e incluso haber cambiado de actividad, de forma que, según lo dispuesto en el art. 137 LGSS, la actividad profesional que se tomaría como referencia para medir el grado de incapacitación no sería aquella que dio origen a la enfermedad, sino la más reciente, pudiendo darse el caso de que no se apreciara incapacidad laboral alguna respecto de esta última.

No obstante, la especial etiología de este riesgo ha justificado tradicionalmente un tratamiento específico de las enfermedades profesionales, que ampara el art. 142 LGSS, al encomendar a los Reglamentos generales de desarrollo de la LGSS la adaptación de las normas sobre IP contenidas en dicha Ley, a las peculiaridades y características especiales de dicha contingencia. Pues bien, cabe postular que el esperado desarrollo reglamentario permita relacionar las dolencias actuales con los trabajos pasados en los que el trabajador quedó expuesto al riesgo origen de la enfermedad, sin perjuicio de que la calificación de su origen profesional y la constatación del carácter definitivo de sus efectos invalidantes se produjeran una vez extinguida la relación laboral.

En el ínterin, la jurisprudencia ha realizado una interpretación flexible de la normativa aplicable para los casos en que la incapacidad proviene de enfermedad profesional declarada cuando el trabajador está ya inactivo o jubilado, entendiendo que la profesión habitual no es la desempeñada cuando se emite el dictamen-propuesta del EVI, sino la que produjo la patología determinante de la pérdida de capacidad laboral. En este sentido, la STS de 18 enero 2007[278] ha concluido que la profesión respecto de la que se tienen que

---

277 Para un estudio *in extenso* de los efectos de la determinación del hecho casuante de la IP derivada de enfermedad profesional en el derecho a las mejoras de las prestaciones de Seguridad Social, ilustrado con interesantes ejemplos relativos a la silicosis, nos remitimos a FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J.J., *Protección social complementaria de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales*, Tirant lo Blanch, Valencia, 1999, pp. 163 a 165.

278 RJ 2007, 1744.

medir las consecuencias invalidantes es la que se ejercía cuando se produjo el hecho determinante de la patología invalidante[279], no siendo relevante la posterior realización de trabajos sin riesgo[280].

En el citado pronunciamiento, el Tribunal Supremo evita deliberadamente la aplicación tanto del art. 137 LGSS, que no considera vigente por carecer de desarrollo reglamentario, como del art. 137.2 LGSS/1994 al que imputa una notable imprecisión, y justifica su decisión en la necesidad de evitar la desprotección legal de los trabajadores afectados por enfermedades profesionales de larga evolución, como la silicosis o la neumoconiosis por amianto, que se presentan cuando ya no están prestando servicios en empresas de riesgo.

2.2.3. Valoración conjunta de las secuelas

El estado de salud del trabajador, que menoscaba su capacidad para el trabajo, constituye una situación unitaria que, según jurisprudencia reiterada[281], ha de ser valorada globalmente a la hora de establecer el grado de incapacidad.

Este principio no exime al órgano calificador de la necesidad de determinar el origen de la contingencia a efectos de reconocer prestaciones de IP[282], muerte y supervivencia, e identificar el sujeto o sujetos responsables de su abono, así como la cuantía de su responsabilidad en función de la gravedad y origen (común y profesional) de las diversas dolencias que en su caso concurran en el trabajador.

La jurisprudencia citada se traduce respecto de la revisión de la incapacidad, en la necesaria consideración conjunta de la incidencia que, como concausa, poseen tanto las patologías que producen la incapacidad inicial

---

279 En el caso enjuiciado, el trabajador prestó sus servicios como oficial operario hasta 1969 en una industria química, con exposición al amianto.

280 Desde 1983 hasta 1993, fecha en que el trabajador solicitó prestación de invalidez que le fue denegada, el mismo trabajó como taxista.

281 Vgr. en SSTS de 26 octubre 1981 (RJ 1981,4050), 29 mayo 1982 (RJ 1982,3277), 7 mayo 1983 (RJ 1983,1114) y 19 mayo 1986 (RJ 1986,2581), entre otras muchas.

282 Según la STSJ País Vasco de 13 noviembre 1992 (AS 1992,5642), la enfermedad que padece el trabajador no pierde su consideración de profesional pese a que un accidente posterior haya agravado la lesión (hasta entonces larvada) fruto directo de la acción repetitiva.

como las lesiones o dolencias que se manifiestan posteriormente agravándola, con independencia de su origen profesional o común[283].

Ahora bien, esta doctrina judicial plantea el problema de determinar quién debe responder del abono de la prestación en caso de revisión por agravación producida por la acumulación de lesiones derivadas de riesgos profesionales y comunes. En congruencia con el principio de valoración conjunta de las dolencias la jurisprudencia ha entendido que debe procederse a una responsabilidad compartida del abono de la prestación, cuando las aseguradoras de los distintos riesgos que concurren son distintas[284].

A modo de ejemplo, en el supuesto de hecho que dio lugar a la STS de 20 de diciembre de 1993[285], al trabajador se le reconoció inicialmente la IP total como consecuencia de las lesiones que sufrió por un accidente de trabajo; posteriormente, y como resultado de una enfermedad común que agravó su situación patológica, su incapacidad fue objeto de revisión y le fue reconocida la IP Absoluta. Pues bien, la responsabilidad del abono de la prestación correspondiente recayó en la Mutua, respecto de la cuantía equivalente a la situación de IP total por accidente de trabajo, y en el INSS, por el importe restante hasta alcanzar el 100 por 100 de la cuantía de la pensión de IP Absoluta.

2.3. Análisis de la casuística: valoración de la IP causada por las enfermedades profesionales más frecuentes.

2.3.1. Enfermedades profesionales producidas por agentes físicos

Las enfermedades profesionales más frecuentes en España son las producidas por agentes físicos (grupo 2 Anexo I RD 1299/2006), como el ruido, las vibraciones, la presión, la postura, etc. En el primer trimestre de 2007, este grupo representaba el 87.4 % de los partes de baja emitidos por enfermedad

283 La STS de 18 octubre 1980 (RJ 1980,4014) se refiere a supuestos de silicosis agravada por enfermedad común (cardio-esclerosis). En idéntico sentido, pero con relación a la concurrencia de lesiones producidas por accidente de trabajo y enfermedad común, se pronuncian las SSTS 9 junio 1987 (RJ 1987,4320), 6 junio 1994 (RJ 1994,6543), 12 junio 2000 (RJ 2000,8322) y 23 septiembre 2003 (RJ 2003,7190).

284 STS 9 junio 1987 (RJ 1987,4320).

285 RJ 1993,9975.

profesional, según reflejan las primeras estadísticas proporcionadas por el Observatorio de Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social[286].

A)Patologías del aparato muscular y esquelético.

En primer lugar, por su incidencia en porcentaje de enfermedades profesionales, destacan las patologías que afectan al aparato muscular y esquelético, como consecuencia de posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo[287], por compresión o descompresión atmosférica, etc. De las patologías mencionadas, las que con mayor probabilidad pueden dar lugar a IP son las tenosinovitis de las vainas tendinosas[288], y ello porque, si bien las enfermedades musculoesqueléticas inflamatorias son menos frecuentes que las degenerativas o las traumáticas, dan lugar a mayores limitaciones funcionales y, por ello, tienen más repercusión en la capacidad del trabajador[289].

B)Patologías causadas por el ruido: hipoacusia profesional

La pérdida del sentido del oído se considera enfermedad profesional en los supuestos en que es consecuencia del ruido producido en el ambiente laboral, bien en las condiciones, bien en las actividades citadas en el grupo 2 RD 1299/2006. Así, con carácter general, cualquiera que sea la actividad[290], si

---

286 El RD 1299/2006, previó la creación del Observatorio de Enfermedades Profesionales, que en 2007 iniciaba la publicación de estadísticas [www.seg-social.es (Estadísticas-Observatorio de las Enfermedades Profesionales)], con el objeto de facilitar la creación de un cuadro de Indicadores de Enfermedades Profesionales, y profundizar en el estudio de los agentes, y analizar los agentes, actividades y demás circunstancias causantes de estas enfermedades.

287 Es el caso de las enfermedades de las bolsas serosas debido a la presión (bursitis); enfermedades por fatiga; inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas; parálisis de los nervios debidos a la presión, etc.

288 MORENO CÁLIZ, S., "Las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo: Análisis de las más frecuentes patologías de origen profesional determinantes de incapacidad permanente", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico,* cit., p. 360.

289 GARCÍA VALVERDE, Mª.D., "Enfermedades musculoesqueléticas: 2. Análisis jurisprudencial", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico,* cit., p. 931.

290 La norma cita, a modo de ejemplo de actividades en las que concurren estas condiciones de ruido, los trabajos de calderería, estampado, bruñido, remachado y martillado de metales, en telares de lanzadera batiente, de control y puesta a punto de motores de aviación, reactores o de pistón, con martillos y perforadores neumáticos en minas, túneles y galerías subterráneas, tráfico aéreo, tala y corte de árboles con sierras portátiles, salas de recreación como discotecas, etc. La STSJ Castilla y León, de 10 octubre 2005 (AS 2005,2532) insiste en el carácter meramente ejemplificativo de la relación de actividades, por lo que no impide que se considere enfermedad profesional la hipoacusia padecida por un

el trabajo expone a ruidos continuos cuyo nivel sonoro diario equivalente (según legislación vigente[291]) es igual o superior a los 80 decibelios A[292], se podrá calificar como hipoacusia profesional.

En lo que concierne a la graduación de la IP que en su caso pueda originar esta enfermedad profesional, del análisis de la doctrina judicial existente se deduce que, incluso en supuestos en que la hipoacusia comporta la pérdida total del oído (hipoacusia bilateral severa), ésta nunca determina por sí misma la declaración de gran invalidez, pues no impide la realización de tareas propias de la vida cotidiana, ni de incapacidad absoluta. Cuestión distinta es que, valorada conjuntamente con otras enfermedades intercurrentes, que son las determinantes, se llegue al reconocimiento de dichos grados[293].

Si anteriormente partimos del principio general de que la calificación de IP total procede en función del profesiograma laboral del sujeto en quien concurra, en el caso de la hipoacusia, la doctrina de suplicación ha concluido que, son profesiones en las que la pérdida del sentido del oído puede determinar la IP total, aquéllas en que la comunicación con otras personas o la audición sea un elemento esencial para la eficaz prestación laboral[294], o aquellas que por requerir una atención reforzada frente al riesgo la falta de capacidad auditiva suponga un grave peligro para la seguridad del trabajador o de terceros[295].

---

trabajador como consecuencia del desarrollo de otra actividad no mencionada, siempre que concurran las condiciones de ruido exigidas por la norma.

[291] El cuadro ya no precisa el tiempo diario o semanal de exposición requerido; el aprobado por RD 1995/1978, se refería expresamente a 8 horas al día o 40 horas a la semana.

[292] Las SSTSJ País Vasco de 14 febrero 2006 (AS 2006,1300) y 23 mayo 2006 (AS 2007,821), concluyen que la norma no exige "que siempre deba concurrir el mínimo de 80 decibelios, bastando con que sea así en promedio a lo largo de una jornada…".

[293] ARASTEY SAHÚN, Mª.L., "Enfermedades del aparato auditivo: hipoacusias. Análisis jurisprudencial", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico*, cit., pp. 1394-1395, cita como ejemplos en que se declaró la gran invalidez, la STSJ de Cantabria de 1 julio 1999 (AS 1998, 3028), relativa a un supuesto en que la hipoacusia concurría con una hemiparesia izquierda por hematoma cerebral, así como la STSJ de Castilla y León, de 17 mayo 1999 (AS 1999, 2286), en cuyo caso el enfermo padecía, además, esquizofrenia y hemiplejia.

[294] Vgr. un vendedor ambulante autónomo: STSJ Comunidad Valenciana de 29 junio 1993 (AS 1993, 3084).

[295] La STSJ Castilla y León, de 10 octubre 2005 (AS 2005,2532) considera que la sordera que padecía el actor era constitutiva de IP total ya que como consecuencia de la misma se generaba un riesgo sustancialmente incrementado de accidente, habida cuenta su profesión habitual de labrador de pizarra en canteras e instalaciones especialmente peligrosas.

En caso contrario, si la profesión no requiere necesariamente el uso de este sentido[296], y no concurre el porcentaje necesario de pérdida de audición, la hipoacusia permanente que afecte a la zona conversacional de ambos oídos puede ser calificada como no invalidante, sin perjuicio de que proceda su indemnización según el baremo oficial contenido en la OM de 15 abril 1969 (y actualizado en las cuantías por Orden TAS/1040/2005, de 18 abril).

C)Patologías por vibraciones:

Las vibraciones producidas por máquinas, herramientas y vehículos, en cualquier sector de actividad, la industria, la construcción, la agricultura y los servicios (fundamentalmente en los transportes), pueden provocar la aparición de dolencias[297] de diversa consideración y gravedad en función de las condiciones de exposición a este agente: frecuencia, amplitud, tiempo e intensidad de las vibraciones, aunque no se observan supuestos que rebasen la consideración de IP total.

2.3.2. Enfermedades profesionales de la piel

Aunque en los últimos años las enfermedades profesionales de la piel tienen una tendencia descendente, su todavía alta incidencia se debe al propio hecho de ser las enfermedades cutáneas, con carácter general, las más frecuentes, hecho que se explica por constituir la piel el órgano más grande del organismo que sirve de barrera protectora entre el medio interno y el medio ambiente que rodea al ser humano[298].

Las enfermedades profesionales de la piel se hallan fundamentalmente incluidas en los grupos 5 (las enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados[299]), y 6 (las enfermedades

---

296 Ahora bien, sí concurre si la hipoacusia, que afecta a la zona conversacional de ambos oídos, es severa, según STSJ Castilla La Mancha de 24 noviembre 2004 (JUR 2004, 311647).

297 Afectaciones vasculares y osteoarticulares, tales como la *enfermedad de Kienböck* (osteonecrosis del hueso semilunar del carpo o muñeca), el *Síndrome del Tunel Carpiano* (parálisis del nervio mediano que pasa por la muñeca del lado de la palma de la mano, como consecuencia de la presión) y el *Síndrome de Vibraciones en Extremidades Superiores* (que puede llegar a la gangrena en los dedos): RICO ROMERO, A., "Enfermedades causadas por agentes físicos: 2. Vibraciones. Análisis Médico", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre incapacidades laborales*, cit., pp. 1645 y 1646.

298 SERRANO ORTEGA, S., "Enfermedades de la piel. Análisis Médico", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico*, cit., pp. 1461 y 1462.

299 La doctrina judicial ha tenido ocasión de pronunciarse sobre la dermatitis profesional de contacto (con polvo de ranitidina; níquel: en camareros y ayudantes de cocina; y cromo: en el sector

producidas por agentes carcinogénicos[300]), del cuadro de enfermedades regulado por el RD 1299/2006.

Las enfermedades dermatológicas pueden ocasionar un grado de incapacidad muy variable, desde una simple IT de corta duración, hasta una IP, en cuyo caso, el grado que con mayor frecuencia se declara es el de total para la profesión habitual. En la valoración de la incapacidad resultante es preciso tener en cuenta las siguientes consideraciones[301]:

a) Han de ponderarse tanto las alteraciones funcionales como las psiquiátricas que, en su caso, puedan producir las desfiguraciones o afectaciones estéticas que ocasionen estas enfermedades. En consecuencia, respecto de esas enfermedades es particularmente cierta la premisa de que la valoración de cada caso es difícilmente extrapolable a otros, ya que tanto las circunstancias subjetivas variarán especialmente de un sujeto a otro, traduciéndose en la ausencia de criterios jurisprudenciales unificados.

b) A menudo se presentan de forma conjunta con otras patologías, por lo que es difícil determinar cuál es la concreta incidencia que las enfermedades de la piel poseen en la graduación de la incapacidad.

2.3.3. Afecciones broncopulmonares. Normativa específica sobre determinación del grado de la IP en materia de silicosis.

Las afecciones broncopulmonares se hallan incluidas en el grupo 4, relativo a las enfermedades profesionales provocadas por la inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados. Entre las enfermedades pulmonares típicamente profesionales figuran la neumoconiosis (debidas a polvos de silicatos), asbestosis (exposición a fibras del amianto), asma por inhalación o por sensibilización a determinadas sustancias; afonía alérgica a ciertos productos, silicosis, etc.

---

industrial, vgr. fábrica de amortiguadores y fábrica de porcelana; catón; polvos detergentes utilizados en laboratorios, etc.), el eczema de contacto alérgico por sensibilización a determinadas sustancias (cemento: en la construcción; níquel, conservantes cosméticos y mezcla de perfumes: en la peluquería; latex: personal sanitario), el lupus eritematoso o por manipulación de alimentos en conserva y la dermatosis por sensibilización al cromo, cobalto, caucho, colofones, etc.

300 *Vid. Infra* aptdo. 2.3.5.

301 SERRANO FALCÓN, C., "Enfermedades de la piel. Análisis Jurisprudencial", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico*, cit., pp. 1504-1505.

Ahora bien, el origen de muchas enfermedades del aparato respiratorio puede ser multifactorial, pudiendo concurrir factores laborales y extralaborales. Con todo, si el tiempo o las condiciones de exposición al factor laboral es suficiente para generar la enfermedad, se reconocerá el origen profesional del proceso con independencia de la influencia que en su evolución hayan ejercido otros factores (por ejemplo, el tabaco)[302].

La valoración de estas patologías se efectúa conforme al "Manual de actuación para médicos del INSS", editado por el INSS en el año 2003, que gradúo la afectación en cinco grados, así como en atención a los criterios establecidos por el art. 45 de la Orden de 15 de abril de 1969, respecto de la silicosis.

Diagnosticado un supuesto de asma profesional[303] conforme a estas indicaciones, y probada la incompatibilidad entre afección y agentes del medio ambiente o manejados en el trabajo, procede la calificación de una IP total (salvo que sea posible el cambio de puesto de trabajo). No obstante, cuando el trabajador ha desarrollado la enfermedad en un estadio tal que, no sólo el contacto con tales sustancias le provoca la reacción adversa, sino que esta situación ya se ha instaurado de forma permanente, se declara la incapacidad absoluta[304].

La valoración de la incapacidad causada por silicosis (neumoconiosis o enfermedad ocasionada por la presencia de polvo de sílice o dióxido de silicio en los pulmones), se halla regulada con detalle por el art. 45 de la Orden de 15 de abril de 1969. Dicho precepto determina el grado de IP en función del grado de silicosis: así, el primer grado no es situación constitutiva de invalidez[305]; el segundo grado de silicosis, comprende los casos de silicosis definida y típica

---

302 Cfr. STSJ Cataluña de 27 septiembre 2006 (AS 2007,1327). Sobre la cuestión, *vid*. igualmente VILLANUEVA DÍEZ, M., "Enfermedades broncopulmonares. Análisis médico (Cap. VI)", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre incapacidades laborales*, cit., p. 1051.

303 Caracterizada por una hiperreactividad variable de la vía aérea y la limitación al flujo aéreo, se puede deber a diversas causas: 1) a una respuesta inmunitaria del trabajador ante determinados agentes sensibilizantes (*asma bronquial*); 2) a la exposición aguda a sustancias irritantes (de origen animal, vegetal o químicas) presentes en el lugar de trabajo (*síndrome de disfunción reactiva de las vías aéreas*); o 3) a ciertos estímulos como el frío o el estrés que agravan los síntomas de un asma preexistente (*asma agravada por el trabajo*).

304 STSJ Castilla y León de 16 febrero 2005 (AS 2005, 596), cit. por RIVAS VALLEJO, P. y FIGUERAS CUADRA, C., "Enfermedades broncopulmonares. Análisis jurisprudencial (Cap. VI)", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre incapacidades laborales*, cit., p. 1065.

305 Es el caso de la STSJ Asturias de 20 abril 2001 (JUR 2001, 26039).

que inhabilita para desempeñar las tareas fundamentales de la profesión (IP total); y el tercer grado de silicosis es constitutivo de incapacidad absoluta para todo trabajo, y se aplica a los estadios en que la enfermedad se manifiesta al menor esfuerzo físico y resulta incompatible con todo trabajo.

La litigiosidad en materia de silicosis se ha planteado con relación a la determinación del grado de IP en supuestos de concurrencia de dicha enfermedad, aún en primer grado de silicosis (que por sí sola no daría lugar a invalidez alguna), con otras enfermedades intercurrentes citadas o no en el art. 45 de la mencionada Orden. Según la doctrina judicial, en función del grado de silicosis y de las consecuencias incapacitantes de la enfermedad intercurrente, procede:

a) IP total: para la silicosis de segundo grado, o de primer grado con enfermedad intercurrente (bronquitis crónica, cardiopatía orgánica o lesiones residuales de tuberculosis), que determine la imposibilidad de realizar las actividades propias de la profesión habitual[306].

b) Incapacidad absoluta: para la silicosis de tercer grado, o bien de primer o segundo grado, si la enfermedad intercurrente es una tuberculosis activa, según prevé expresamente el art. 45 de la Orden, u otra afección no contemplada en el citado precepto (como EPOC, fibrosis, cardiopatía grave) que veda la posibilidad de realización de toda clase de trabajo[307].

En ambos casos la IP se considerará derivada de enfermedad profesional, con independencia de la etiología, común o profesional, de la enfermedad intercurrente con la silicosis[308].

2.3.4. Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos

En el grupo 3 del cuadro de enfermedades profesionales, dedicado a las enfermedades causadas por agentes biológicos, se encuadran las enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención y la asistencia médica (hepatitis, sida…); enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los

---

306 Por lo que queda equiparada a silicosis de segundo grado y merece la calificación de IP total, según la STSJ Asturias de 20 abril 2001 (JUR 2001, 159525).

307 Interpretación flexible de la norma que se observa en la STSJ Asturias de 15 noviembre 2002 (JUR 2003, 100581) y la STS de 15 julio 1986 (RJ 1986, 4152).

308 Cfr. STS de 18 octubre 1980 (RJ 1980,4014).

animales (zoonosis) o sus productos y cadáveres (carbunco, brucelosis, hidatidosis, tuberculosis), y otras enfermedades infecciosas, como el paludismo, dengue, la legionella, etc.

La brucelosis, o fiebre Mediterránea o de Malta o de Gibraltar, que ocupa un lugar relevante entre las enfermedades profesionales con más incidencia en nuestro país, es una de las enfermedades infecciosas transmitidas por los animales o sus cadáveres al hombre (pastores y ganaderos; personal de laboratorios; obreros rurales; carniceros; veterinarios; en trabajos de manipulación, carga, descarga, transporte de despojos de animales enfermos, etc.).

Puesto que su curación se logra normalmente a través de antibióticos, no suele rebasar la fase de IT, aunque eventualmente puede alcanzar un grado de invalidez permanente. El grado de incapacidad depende normalmente del estadio en que se encuentre la enfermedad: si se trata de brucelosis activa (la que padece el trabajador en el momento de solicitar la declaración de incapacidad), normalmente se declara la IP total[309] (e incluso de incapacidad absoluta si hay enfermedades intercurrentes que agraven el cuadro clínico final[310]). Por el contrario, los antecedentes de brucelosis (brucelosis antigua) no son generalmente invalidantes[311].

2.3.5. Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos

Finalmente, corresponde hacer referencia al grupo 6 de enfermedades profesionales, en el que figuran las causadas por agentes carcinogénicos, como el amianto, arsénico, benceno, cadmio, cloruro de vinilo monómero, productos de destilación del carbón (hollín, alquitrán, betún, brea, antraceno, parafina…), destilación de la hulla, níquel y sus compuestos, polvos de madera dura, radiación ionizante, etc.

Como en los demás supuestos, la definición de los niveles de gravedad de la incapacidad derivada de la neoplasia, se efectúa en función del tipo de actividad afectada. Asimismo se han de considerar, los criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad que se contienen el capítulo 11 del

309 STSJ La Rioja de 13 junio de 2002 (JUR 2002,269706).

310 STSJ Castilla y León de 19 noviembre 2002 (JUR 2003, 31708).

311 STSJ Murcia de 13 junio 1998 (JUR 1998, 74076).

RD 1971/1999, de 23 de diciembre, basado en la repercusión de la patología sobre las actividades de la vida diaria.

De entre las enfermedades carcinogénicas ocasionadas por la exposición al amianto, la Recomendación 2003/670/CE, de 19 de septiembre, que contiene la lista europea de enfermedades profesionales, recoge la asbestosis[312], el cáncer de pulmón[313] y el cáncer de laringe[314]. Asimismo, puede producir un mesotelioma[315], cuya gravedad determina, según los casos, la calificación de IP total o absoluta.

Igualmente se ha demostrado que el benceno, disolvente incoloro e inflamable que se encuentra presente en muchas actividades industriales (fabricación del caucho, calzado, detergentes, plaguicidas, disolventes y quitapinturas, combustibles…), se comporta como carcinógeno[316], por lo que puede provocar cáncer, vgr. leucemia, a los trabajadores expuestos al mismo[317].

En este grupo 6 se incluyen las enfermedades cutáneas causadas por agentes carcinogénicos, tales como el cáncer cutáneo y lesiones cutáneas precancerosas debidas al hollín, alquitrán, betún, brea, antraceno, etc. La valoración de la gravedad del cáncer cutáneo varía en función de que proceda o no de melanoma. En el primer supuesto (cáncer cutáneo melanoma), normalmente se aprecia la IP total, y ocasionalmente la incapacidad absoluta (vgr. si viene acompañado de un cuadro depresivo); en caso contrario (no

---

312 SSTS de 11 junio 2001 (RJ 2001, 5915) y 18 enero 2007 (RJ 2007, 1744); STSJ Cataluña de 29 octubre 2002 (AS 2002, 3987).

313 STSJ Cataluña de 13 febrero 2005 (AS 2005, 3632). Respecto del cáncer de pulmón ocasionado por radiaciones ionizantes a las que estuvo expuesto el trabajador en virtud de su profesión de siderúrgico, la STSJ Valencia de 6 julio de 2000 (JUR 2001, 2759), reconoce la existencia de una IP total para dicha profesión.

314 SSTS de 13 noviembre 2006 (RJ 2006, 9303) y 26 junio 2008 (RJ 2008, 4339).

315 SSTSJ Murcia de 30 septiembre 2002 (JUR 2002, 256296) y 23 mayo 2005 (AS 2005, 985).

316 RICO ROMERO, A., "Enfermedades sistemáticas (enfermedades producidas por tóxicos sistémicos). Disolventes. Análisis médico-legal", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre incapacidades laborales*, cit., pp. 1681 y 1682.

317 Para dos ejemplos en la doctrina judicial, con declaración de IP absoluta, *vid*. las SSTSJ Cataluña de 28 mayo 2004 (JUR 2004, 213715) y Madrid de 27 septiembre 2004 (AS 2004, 2957), cit. por PURCALLA BONILLA, M.A., "Enfermedades sistemáticas (enfermedades producidas por tóxicos sistémicos). Disolventes. Análisis jurisprudencial", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre incapacidades laborales*, cit., p. 1684.

melanoma), en la mayoría de las ocasiones se deniega la IP total para la profesión habitual[318].

III. CONCLUSIONES

1.- En los procesos sobre calificación de la enfermedad profesional o de IP, planteada la contradicción entre informes médicos, el Juez de lo Social debería de oficio o a instancia de parte, acudir al Médico Forense, posibilidad que contempla el art. 93.2 LPL, máxime cuando el trabajador afectado goza del derecho al beneficio de justicia gratuita, conforme a los arts. 6.6 LAJG y 339.1 LEC, pues este recurso constituye una garantía del derecho a la tutela judicial efectiva (art. 24 CE), en cuanto le permite acudir a una prueba pericial objetiva distinta de la aportada por la otra parte pese a carecer de medios económicos para ello.

2.- La elaboración de la *"Guía de síntomas y patologías relacionadas con el agente causante de la enfermedad profesional, que sirva como fuente de información y ayuda para su diagnóstico"*, prevista por la Disp. Adic. 1ª RD 1299/2006, contribuirá al correcto diagnóstico de la enfermedad a efectos de la determinación de su origen profesional, y por ello a notificar su existencia, disminuyendo probablemente el problema de subdeclaración de las enfermedades profesionales en España.

3.- El vigente cuadro de enfermedades profesionales, aprobado por el RD 1299/2006, no cierra el paso a una interpretación judicial flexible de la lista, pues aunque su redacción es más cuidada y minuciosa que la efectuada por el RD 1995/1978, mantiene en ocasiones una dicción muy similar utilizando expresiones abiertas que, por otro lado, contribuyen a minimizar el carácter necesariamente incompleto de toda lista cerrada. Con todo, la apreciación de supuestos no expresamente contemplados en el cuadro pasa por el recurso a la analogía, siendo preciso demostrar la similitud de las circunstancias en que se desenvuelve la actividad, o la pertenencia de los agentes enfermantes al grupo o familia de los enunciados en el cuadro. En suma, se requiere una labor probatoria conducente a la subsunción del supuesto de hecho (agente, actividad) que, sin embargo, no es necesaria cuando los tres elementos que integran la noción de enfermedad profesional (enfermedad, agente nocivo y actividad) aparecen explicitados en la lista.

---

318 SERRANO FALCÓN, C., "Enfermedades de la piel. Análisis Jurisprudencial", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico,* cit., p. 1528.

4.- El esperado desarrollo reglamentario de la LGSS en materia de enfermedades profesionales (anunciado por el art. 142 LGSS), debería permitir relacionar las dolencias actuales con los trabajos pasados en los que el trabajador quedó expuesto al riesgo origen de la enfermedad, a efectos de valorar los efectos incapacitantes de la afección en la actividad habitual del trabajador, sin perjuicio de que la calificación del origen profesional y la constatación del carácter definitivo de sus efectos invalidantes se produjeran una vez extinguida la relación laboral, e incluso hallándose el trabajador realizando otra actividad en la que no está expuesto al agente enfermante, en el sentido apuntado por la STS de 18 enero 2007[319]. Con ello, se evitaría la desprotección legal de los trabajadores afectados por enfermedades profesionales de larga evolución, como la silicosis o la neumoconiosis por amianto, que se exteriorizan cuando ya no están prestando servicios en empresas de riesgo.

[319] RJ 2007, 1744.

CAPÍTULO VI

TUTELA PREVENTIVA Y REPARADORA DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

Francisco A. González Díaz
Profesor Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de Murcia

Sumario: I LA OBLIGACIÓN LEGAL DE OFRECER MEDIDAS PREVENTIVAS: UNA VISIÓN NORMATIVA: 1 El derecho del trabajador a la salud como compromiso constitucional de los poderes públicos. 1.1 Antecedentes normativos. 1.2 Interés tutelado en el artículo 40 CE. 1.3 La protección de la salud en el artículo 43 CE. 2 Fuentes normativas de la obligación de seguridad y salud en el trabajo. 2.1 Texto refundido del Estatuto de los Trabajadores. 2.1.1 Artículos 4 y 5 TRET. 2.1.2 Artículo 19 TRET. 2.2 Ley de Prevención de Riesgos Laborales. II LA OBLIGACIÓN LEGAL DE OFRECER MEDIDAS PREVENTIVAS: UNA VISIÓN JUDICIAL: 1 Consideraciones generales. 2 Delimitación de la obligación de seguridad y salud en el trabajo: Referencia a la doctrina judicial. 2.1 Base legal de la obligación de seguridad. 2.2 El Empresario como principal sujeto en el cumplimiento de la deuda de seguridad. 2.3 La deuda de seguridad. 2.3.1 Alcance. 2.3.2 El deber de vigilancia y elección como concreciones de la deuda de seguridad y salud en el trabajo. A) El deber de vigilancia. B) Límites del deber de vigilancia. C) El deber de elección. 2.3.3 Influencia de la imprudencia del trabajador en la deuda de seguridad empresarial. 2.4 Formación. 2.5 Información. 2.6 Medios de protección. III EL SISTEMA DE "*BONUS-MALUS*" EN LA COTIZACIÓN COMO MECANISMO INCENTIVADOR DE LA PREVENCIÓN. 1. Referencia normativa. 2. El marco de la Seguridad Social. 3. Procedimiento: sistema de indicadores. IV MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECÍFICAS DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL. 1. La obligación legal de recolocación profesional (art. 133 LGSS). 2. La imposibilidad de realizar el cambio de puesto de trabajo. 3. La incapacidad temporal impropia: los períodos de observación. 4. Los reconocimientos médicos obligatorios en materia de enfermedad profesional: previos y periódicos. V EL RECARGO DE PRESTACIONES POR INFRACCIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO. INTERACCIÓN CON OTRAS RESPONSABILIDADES DEL EMPRESARIO. 1. Consideraciones previas. 2. Definición y requisitos. 3. Interpretación judicial del recargo de prestaciones. 4. Compatibilidad del recargo con otras las distintas responsabilidades. 4.1 Consideraciones previas. 4.2 Compatibilidad entre responsabilidad penal y recargo de prestaciones. 4.3 Compatibilidad entre recargo de prestaciones e indemnización por daños y perjuicios. 4.3.1 Competencia del orden social. 4.3.2 Respeto al principio *non bis in*

idem. 4.3.3 Tesis contrarias: la compensación. 4.4 Criterios relativos a la fijación de cantidad impuesta en el recargo. 4.5 El recargo y la enfermedad profesional en la reciente doctrina judicial. VI CONCLUSIONES.

Teniendo en cuenta el alto índice de siniestralidad laboral existente en nuestro país resulta trascendente, al hablar de enfermedades profesionales, de la necesidad de proteger al trabajador de estas contingencias. Esta protección se realiza en tres estadios diferentes.

En un primer nivel, es la propia norma la que establece la necesidad de protección y prevención, diseñando un aparato normativo dirigido a la consecución de la ausencia de enfermedad profesional, que ha sido ampliamente discutido por la doctrina judicial. Junto a ello, se han reflejado las iniciativas de las Administraciones Públicas para incentivar la ausencia de enfermedades profesionales.

En un segundo nivel, nuestra legislación establece una serie de medidas dirigidas a minimizar los efectos nocivos del trabajo evitando que el trabajador contraiga una enfermedad profesional.

En un tercer nivel, puede hablarse de mecanismos dirigidos de manera específica a que, ante el incumplimiento de la norma, puede repararse el daño producido mediante la imposición de las correspondientes medidas sancionadoras y reparadoras.

El objeto de estudio de este apartado se dedica a los diferentes niveles expuestos.

I LA OBLIGACIÓN LEGAL DE OFRECER MEDIDAS PREVENTIVAS: UNA VISIÓN NORMATIVA

Diversos textos legales de nuestro ordenamiento reflejan la necesidad de ofrecer una protección al trabajador frente a las enfermedades profesionales.

1 El derecho del trabajador a la salud como compromiso constitucional de los poderes públicos.

1.1 Antecedentes normativos.

Si bien es frecuente tomar como punto de partida el marco constitucional de 1978, en cuanto constituye "la fuente primera (...) del Derecho de Trabajo"[320], es bien sabido que con anterioridad a la promulgación de la CE la actuación protectora del trabajador por parte de los poderes públicos -en el campo de la seguridad y salud en el trabajo- fue reconocida en diversos textos emanados del Estado[321].

En la CE de 1978, queda reflejada la voluntad del constituyente, a través de varios artículos, de exigir a los poderes públicos una serie de acciones encaminadas a la protección del trabajador. La razón de utilizar una norma suprema en esta materia tiene su base en el papel que la Constitución puede desempeñar.

A los efectos que interesan en el presente estudio, en nuestra actual Constitución, solamente el art. 40.2 CE contiene una referencia expresa a la seguridad e higiene en el trabajo, si bien, teniendo en cuenta que el objetivo de los sistemas de seguridad e higiene es la protección de la salud del trabajador –evitando, entre otras cosas, la enfermedad profesional-, resulta, asimismo, de obligada mención el art. 43.1 CE[322].

1.2 Interés tutelado en el artículo 40 CE.

El artículo 40.2 CE, tutela el interés del trabajador por preservar su propia integridad física en la ejecución de la prestación laboral, sobre todo cuando presenta condiciones de dificultad o de peligrosidad especiales[323]. Se interpreta que la tutela de la seguridad e higiene es, por un lado, defensiva, negativa y conservadora, en cuanto se dirige a eliminar las agresiones directas, y de otro, ofensiva, positiva y dinámica, en tanto que supone la articulación de

---

[320] ALONSO OLEA, M., "La Constitución y las fuentes del Derecho del Trabajo", en *El Trabajo en la Constitución*, Ed. Universidad de Zaragoza, Zaragoza, 1982, pag. 14.

[321] Para el estudio de la formación del derecho de seguridad y salud en el trabajo vid., en general, GONZALEZ SANCHEZ, J.J., *Seguridad e Higiene en el Trabajo. Formación histórica y fundamentos,* Ed. CES, Madrid, 1997.

[322] GONZALEZ ORTEGA, S., "La seguridad e higiene en el trabajo en la Constitución", RPS n° 121, 1979, pág. 208.

[323] PALOMEQUE LOPEZ, M.C, "El derecho constitucional del trabajador a la seguridad en el trabajo", AL 1992-1, pág. 38.

los mecanismos de protección para la obtención de una mejora progresiva del bienestar en el trabajo[324]. También se defiende, por una serie de autores, que actualmente la tutela es ofensiva, positiva y dinámica, poniendo especial interés en la importancia de los aspectos preventivos[325].

Adoptando una postura ecléctica parece acertado entender la tutela del art. 40.2 CE como:

eficaz: se pretende una constante mejora del mínimo.

preventiva: busca, más que controlar o reducir la posibilidad del accidente, eliminar la fuente productora del riesgo.

activa: se encuentra en permanente actualización.

global: abarca a todos los aspectos del sistema productivo.

En definitiva, este art. 40.2 CE pone de relieve el carácter jurídico-público del deber de seguridad del empresario. Ahora bien, esta afirmación necesita matizarse por partida doble. En primer lugar, no se niega el carácter juridico-privado de la obligación de seguridad y, en segundo término, el deber que se impone constitucionalmente genera una serie de actuaciones concretas[326].

Así, supone legislar y determinar los deberes generales y específicos de seguridad y salud en el trabajo y, del mismo modo, establecer las pautas necesarias para lograr una exigencia en el cumplimiento de la normativa de seguridad e higiene, a través de las correspondientes sanciones. En este sentido, el término "velar", debe entenderse como una auténtica obligación del Estado de eliminación de todo tipo de agresiones a la salud del trabajador, especialmente las enfermedades profesionales, y de mejora de las condiciones

---

[324] GONZALEZ ORTEGA, S., op. cit., pág. 200 y ss.

[325] CABERO MORAN, E., GARCIA TRASCASAS, A. y MORGADO PANADERO, P., "El incumplimiento de las normas de seguridad e higiene en el trabajo: ¿una subvención encubierta a las empresas?", RL 1995-1, pág. 1275.

[326] VALVERDE ASENSIO, A., "La responsabilidad administrativa del empresario en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. En particular sobre la consideración del mismo como sujeto responsable", AAVV, *La Prevención de Riesgos Laborales. Aspectos claves de la Ley* 31/1995, OJEDA AVILES, A., ALARCON CARACUEL, M.R., RODRIGUEZ RAMOS, M.J. (coords.), Ed. Aranzadi, Pamplona, 1996, pág. 135.

de trabajo[327]. Ahora bien, la regulación del principio de velar por la seguridad e higiene en el trabajo no supone crear *"ex novo* un programa de política social hasta ahora inexistente, sino que en rigor amplía tendencias anteriores o simplemente confirman deberes tradicionales del Estado"[328].

1.3 La protección de la salud en el artículo 43 CE.

El art. 43 CE contempla el derecho a la protección de la salud. La complejidad de su cumplimiento radica en entender por salud, o bien el concepto básico de conseguir un estado psicofísico aceptable de salvaguardar la integridad física y mental, que se corresponde con el mandato del art. 15 CE, o bien una concepción más amplia, que "debe tender a la promoción y el mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; la prevención de las pérdidas de salud de los trabajadores causadas por sus condiciones de trabajo, la protección de los trabajadores en sus puestos de trabajo, frente a los riesgos derivados de factores que puedan dañar dicha salud; la colocación y el mantenimiento de los trabajadores en su ambiente laboral adaptando las capacidades fisiológicas y psicopatológicas y, en síntesis, la adaptación del trabajo al hombre y de cada hombre a su trabajo"[329].

El contenido del art. 43.1 CE, se presenta como indeterminado, dependiendo su concreción de la interpretación que se efectúe de su párrafo segundo, en donde los poderes públicos tienen atribuido un importante papel en la materia[330]. En este sentido, la obligación que del art. 43.1 CE se deriva para los poderes públicos puede entenderse en un aspecto individual y en otro colectivo. El primero se refiere al reconocimiento del derecho de la persona a la protección de la salud, y el segundo, al reconocimiento del derecho de la

---

[327] RODRIGUEZ-PIÑERO y BRAVO-FERRER, M., "Presentación: El trabajo en la Constitución", AAVV, *Los trabajadores y la Constitución,* Ed. Sociedad de Estudios Laborales, Madrid, 1980, pág. 21.

[328] MONTOYA MELGAR, A., "Ejercicio y garantías de los derechos fundamentales en materia laboral", RPS n° 121, 1979, pág. 344. Aunque se efectúe una referencia exclusiva al principio de seguridad e higiene, la reflexión del prof. MONTOYA MELGAR, comprende los principios que conforman el Capítulo III, Título I CE.

[329] Definición de salud según el Comité Conjunto OIT/OMS, en su primera sesión de 1950.

[330] BORRAJO DACRUZ, E., "Artículo 43. Protección de la salud", AAVV, *Comentarios a la Constitución Española de* 1978, Tomo IV, O. ALZAGA VILLAAMIL (dir.), Ed. Edersa, Madrid, 1996, pág. 181.

comunidad a la salud pública[331]. El aspecto colectivo es más importante, no sólo porque la seguridad y salud en el trabajo juega en un terreno en el que confluyen intereses del conjunto de los trabajadores de una empresa, sino también porque las medidas que se adopten -en esta materia- tienen una repercusión fuertemente colectiva[332].

2 Fuentes normativas de la obligación de seguridad y salud en el trabajo

Aunque la normativa que regula la seguridad y salud en el trabajo se encuentra circunscrita, principalmente, en torno al Estatuto de los Trabajadores (en adelante, TRET) y a la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales, (en adelante, LPRL), resulta preciso realizar un breve apunte de la OGSHT, derogada en su totalidad[333] que -en opinión de la STSJ de Andalucía de 17 de diciembre de 1996[334]- constituye, en sus diversos apartados, un enunciado generalizador de las diversas obligaciones del empresario en relación con las medidas de seguridad y protección". La aprobación de la Ordenanza supuso la respuesta a la imperante necesidad de proceder a la actualización de la normativa anterior en aras a dar plena vida y realidad a un nuevo humanismo en el trabajo[335] y con el propósito -característico de toda época de acusadas intervenciones del poder público- de velar por la salud de los trabajadores[336].

Concretamente, la OGSHT, tuvo su razón de ser en la transformación que en España se produjo en las estructuras y procesos productivos, así como

---

[331] PALOMEQUE LOPEZ, M.C., "Los derechos a la Seguridad Social y Salud en la Constitución", AAVV, *Derecho de Trabajo y de la Seguridad Social en la Constitución*, Ed. CEC, Madrid, 1980, pág. 331.

[332] GONZALEZ ORTEGA, S., "Derecho a la salud y control de los trabajadores", RL 1990-1, pág. 242.

[333] La LPRL derogó expresamente los Títulos I y III OGSHT, mientras que el Título II se ha ido derogando a medida que se han aprobado, en virtud del art. 6 LPRL, los Reglamentos específicos que se han opuesto al citado título de la OGSHT.

[334] AS 1996/4100.

[335] DE LA POZA, J.Mª, *Seguridad e Higiene profesional*, Ed. Paraninfo, Madrid, 1990, pag. 30.

[336] GARCIA OVIEDO, C., Tratado Elemental de Derecho Social, 6ª edición, Ed. EISA, Madrid, 1954, pag. 344.

en la introducción de nuevas tecnologías que llevaban aparejado un aumento de la siniestralidad laboral[337]; razones por las cuales se le atribuyen a los poderes públicos el ejercicio de una acción tuitiva en defensa de la vida, integridad física, salud y bienestar de los trabajadores. Si bien, en ocasiones, la OGSHT derivaba más hacia consideraciones de carácter técnico que jurídico.

La inoperancia de la regulación contenida en la OGSHT fue en aumento debido, fundamentalmente, a factores como su falta de adaptación al progreso técnico, así como a "una falta de actualización a las nuevas demandas de la sociedad y de la nueva situación política"[338].

En definitiva, se precisaba una actuación legislativa de los poderes públicos debido a que las innovaciones tecnológicas generan nuevos riesgos y, si bien es cierto que simultáneamente se ofrecen soluciones para su prevención, el alarmante aumento del número de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales origina unos elevados costes que, en el contexto de un Estado Social, exige la cobertura de los ciudadanos siniestrados; siendo más práctico legislar que reparar, lo que obliga a un esfuerzo sin precedentes en la elaboración legislativa sobre seguridad y salud laboral. La respuesta principal se produce a través de la regulación de seguridad e higiene contenida en el TRET y, posteriormente, en la LPRL.

2.1 Texto refundido del Estatuto de los Trabajadores.

En desarrollo del texto constitucional, y cumpliendo con el mandato de su art. 53.3 según el cual los principios rectores de la política social y económica -y entre ellos el de velar por la seguridad e higiene- han de inspirar la legislación, otros textos legales de menor rango normativo se refieren al derecho del trabajador a una protección en este ámbito[339].

---

[337] En este sentido, el Título II OGSHT recoge la experiencia y avances técnicos logrados, tanto en lo que referente a las condiciones que deben reunir los centros de trabajo como a los mecanismos y medidas preventivas que en atención a factores tales como la seguridad, higiene y bienestar de los trabajadores, hayan de adoptarse.

[338] DIAZ MOLINER, R., *Derecho de Prevención de Riesgos Laborales,* volumen I, Ed. Dijusa, Madrid, 1998, pág. 56.

[339] En este sentido, las SSTSJ de Madrid de 8 de abril de 1996 (AS 1996/2013), 26 de marzo de 1996 (AS 1996/1241) y 24 de octubre de 1995 (AS 1995/3922), rezan que "la Suprema Norma Básica del Estado, en su art. 40.2 impone a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo; de ahí que el art. 19.1 del ET atribuya a la empresa la prestación del deber de seguridad para con sus trabajadores en el desarrollo de la actividad laboral, reconociéndoles el derecho a una protección eficaz

Así, los derechos constitucionales a la vida y a la integridad física y moral tienen su transcripción al ámbito de las relaciones laborales en el TRET que, en vigencia desde 1980, dedica varios artículos al tema de la seguridad y salud en el trabajo[340]. Estos preceptos "forman parte del conjunto de las medidas previstas por nuestro legislador para dar cumplimiento al deber que nuestra Constitución le impone en orden a velar por la seguridad e higiene en el trabajo (art. 40.2 CE)"[341]. Entre los vinculados -íntimamente- a la materia destacan aquellos que conforman un "haz de derechos y obligaciones que se entrecruzan entre las partes"[342], es decir, los artículos 4, 5 y 19 TRET.

Ciertamente, las referencias -en el TRET- a las cuestiones de seguridad y salud en el trabajo son más bien reducidas. Esto parece adquirir sentido en el contexto de que dentro de la regulación del principal cuerpo legal ordenador de las relaciones laborales no se pretende una verdadera sistematización de esta materia[343].

2.1.1 Artículos 4 y 5 TRET.

Efectivamente, en estos artículos se regula un derecho[344] y un deber del trabajador[345]. El derecho del trabajador a su integridad física y a una política

---

en materia de seguridad e higiene, y en el art. 4.2-d del propio ET se les reconoce como derecho básico a su integridad y a una adecuada política de seguridad e higiene, con lo que el empresario queda constituido en garante de la seguridad de los trabajadores a su servicio cuando se encuentren en el desempeño del mismo".

[340] Con relación a la influencia de la CE sobre, el entonces, Estatuto de los Trabajadores, vid. BORRAJO DACRUZ, E., "Contenido del Estatuto de los Trabajadores según la Constitución", AAVV, *El Estatuto de los Trabajadores*, Editoriales de Derecho reunidas, Madrid, 1980, pág. 11 y ss.

[341] SSTSJ del País Vasco de 11 de marzo de 1997 (AS 1997/1770) y Madrid de 28 de marzo de 1994 y 14 de septiembre de 1993 (AS 1994/1187 y 1993/4179, respectivamente).

[342] SUAREZ GONZALEZ, F., "El proyecto de ley del Estatuto de los Trabajadores (cuatro aspectos sorprendentes)", AAVV, *Estudios de Derecho del Trabajo. En memoria del profesor Gaspar Bayón Chacón*, Ed. Tecnos, Madrid, 1980, pág. 123.

[343] Para GARRIGUES GIMENEZ, A., "La protección normativa de la seguridad, higiene y salud en el trabajo en España (y II)", AAVV, *Curso sobre Prevención de Riesgos Laborales*, J.I. GARCIA NINET (dir.), ed. Universidad Jaime I, Castellón, 1998, pág. 103, la pretensión de la norma estatutaria parece "responder a una reconducción (...) de la materia (...) al ámbito de la regulación del contrato de trabajo".

[344] MARTIN VALVERDE, A., RODRIGUEZ-SAÑUDO GUTIERREZ, F. y GARCIA MURCIA J., *Derecho del Trabajo*, 10ª edición, Ed. Tecnos, Madrid, 2001, pág. 631, señalan que el art. 4.2-d TRET, genera en primer término obligaciones de hacer para el empresario (...) lo cual se traduce, fundamentalmente, en la obligación de adoptar las medidas necesarias para proteger la vida, salud e integridad física del trabajador.

de seguridad e higiene[346], recogido en el art. 4.2-d TRET[347], es el indudable marco de referencia al que conducir la responsabilidad del empresario de garantizar la seguridad y salud laboral frente a cada uno de los trabajadores[348]. Y desde el momento que se cataloga como un derecho de la relación laboral adquiere vigor con su nacimiento[349]. Por otro lado, el deber del trabajador de observar las medidas de seguridad e higiene (art. 5-b TRET), como contrapartida del derecho reconocido, origina que, en caso de incumplimiento, el empresario pueda recurrir -entre otras medidas- al despido disciplinario como sanción[350].

Aunque este derecho del trabajador tiene cabida dentro de la formulación constitucional de los arts. 15 y 40.2 CE, resulta importante que su regulación se efectúe de una manera clara y expresa, facilitando la resolución de las situaciones concretas que se presentan en materia de relaciones laborales[351]. La STSJ de Aragón de 15 de abril de 1998, señala que "el empresario tiene contraída con los trabajadores, incluidos en su ámbito de organización, una deuda de seguridad al deber dispensarles una protección eficaz en la materia, a fin de que se haga efectivo el derecho a conservar su

---

345 CAMPS RUIZ, L.M., *El Estatuto de los Trabajadores y la normativa anterior sobre las relaciones laborales individuales*, Ed. IES, Madrid, 1980, pag. 54. Igualmente, ALONSO OLEA, M. y BARREIRO, G., *El Estatuto de los Trabajadores*, Ed. Civitas, Madrid, 1987, pag. 98.

346 Durante la tramitación parlamentaria del artículo 4.2-d, se presentó la enmienda n° 485 del Grupo comunista en la que se pretendía adicionar el derecho a la salud junto a la seguridad e higiene, siendo retirada en la sesión plenaria de 12 de diciembre de 1979 (BOCCGG n° 52).

347 El conjunto de derechos de este apartado segundo, entre los que se encuentra el de seguridad e higiene, son derechos insertos en la relación de trabajo y que se asignan con ocasión de la misma. Por el contrario, los del apartado primero no tienen, en principio, conexión alguna con la relación de trabajo, sino que el sujeto los ostenta con independencia de ser o no parte de un contrato individual de trabajo. ABIOL MONTESINOS, I., "La Constitución Española de 1978 y las líneas de desarrollo del Derecho Español del trabajo", AAVV, *Diez años de régimen constitucional*, E. ALVAREZ CONDE (editor), Ed. Tecnos, 1989, pág. 128.

348 GARRIDO PEREZ, E., "La incidencia en la ordenación del trabajo de la protección del trabajador y la intervención de los representantes de personal", AAVV, *La reforma del mercado de trabajo y de la seguridad y salud laboral*, J.L. MONEREO PEREZ (editor), Universidad de Granada, Granada, 1996, pág. 658.

349 SUAREZ GONZALEZ, F., *Las nuevas relaciones laborales y la Ley del estatuto de los trabajadores*, Ed. Pirámide, Madrid, 1980, pag. 119.

350 ALONSO OLEA, M., *El Estatuto de los trabajadores. Texto y comentario breve*, Ed. Civitas, Madrid, 1980, pag. 39.

351 UGT, *Estatuto de los Trabajadores. Comentarios y texto legal*, ed. Comunicación, Madrid, 1980.

integridad física"[352], lo que supone, como indica, entre otras, la STS de 10 de febrero de 1998 -en concordancia con el art. 4.2-d TRET, al que estamos haciendo referencia- ofrecer al trabajador "una adecuada política de seguridad e higiene"[353].

En virtud de este art. 4.2-d TRET, el empresario queda constituido en garante de la seguridad y salud de los trabajadores empleados por él, por lo que "como creador del riesgo le es objetivamente imputable todo daño o lesión que pueda sobrevenirles en sus puestos de trabajo"[354]. En definitiva, el comportamiento exigido al empresario se traduce en la "diligencia exigible a un prudente empleador con criterios ordinarios de normalidad para prevenir o evitar una situación de riesgo en la vida o salud de los trabajadores" lo que supone "el reflejo y operatividad del derecho básico (...) recogido en el art. 4.2-d TRET"[355].

En cuanto a los deberes del trabajador en general y, en concreto, el de observar las medidas de seguridad e higiene que se adopten, la jurisprudencia establece que el trabajador debe cumplir con las instrucciones del empresario[356] siempre que no afecten "a su integridad y seguridad física" y sin perjuicio "de reclamar a los órganos competentes si estima que fueron conculcados sus derechos[357].

---

[352] AS 1998/1575. En parecidos términos se expresan las SSTSJ de Navarra de 10 de febrero de 1997 (AS 1997/505), Castilla y León de 11 de abril de 1994 (AS 1994/1361) y País Vasco de 28 de octubre de 1997 (AS 1997/3529), 24 de junio de 1997 (AS 1997/2184), 14 de mayo de 1996 (AS 1996/3121), 16 de enero de 1996 (AS 1996/200), 29 de diciembre de 1995 (AS 1995/4769), 12 de septiembre de 1995 (AS 1995/3451).

[353] RJ 1998/979. Igualmente, STSJ de Castilla y León de 26 de enero de 1998 (AS 1998/37), SSTSJ del País Vasco de 17 de junio de 1997 (AS 1997/1883) y de 13 de mayo de 1997 (AS 1997/1650), STSJ de La Rioja de 10 de abril de 1997 (AS 1997/1288), 25 de mayo, 15 de noviembre y 5 de diciembre de 1995 (AS 1798, 4247 y 4606, respectivamente), 27 de septiembre de 1994 (AS 1994/3316) y de Madrid de 23 de febrero de 1995 (AS 1995/833).

[354] SSTSJ de Cataluña de 14 de marzo de 1997 (AS 1997/1861) y Madrid de 8 de junio de 1995 (AS 1995/2652).

[355] STSJ de Castilla-La Mancha, de 6 de noviembre de 1997 (AS 4597/1997). En idéntico sentido, SSTSJ de Cataluña de 15 de julio de 1992 y 8 de marzo, 27 de abril y 26 de noviembre de 1994 (AS 1992/1994, 1994/1246, 1492/1994 y 1994/4406, respectivamente).

[356] STS de 25 de febrero de 1997 (RJ 1987/1121). La STSJ del País Vasco de 18 de octubre de 1993 (AS 1993/4294), señala que los trabajadores "no están exentos de deberes (...) pues han de observar las medidas legales y reglamentarias de seguridad e higiene".

[357] STCT de 12 de enero de 1988 (RTCT 1988/850). En idéntico sentido, STCT de 1 de marzo de 1988 (RTCT 1988/2123).

Por último, cabe señalar que la mención de los artículos 4 y 5 TRET a la seguridad e higiene en el trabajo la convierten en uno de los principios informadores que, junto a los otros derechos y deberes regulados en estos artículos, impregnan el posterior desarrollo del articulado del Estatuto y de toda la legislación laboral subordinada[358].

2.1.2 Artículo 19 TRET.

Junto a los arts. 4 y 5 TRET, cabe destacar el art. 19 del mismo cuerpo legal. Se trata de un precepto que se califica como reiterativo de los principios reconocidos en los artículos anteriormente mencionados y, con carácter general, como positivación del principio de derecho *alterum non laedere*[359] que debe ser eficaz "de cara a la obtención de la finalidad de la prevención"[360].

Este art. 19 TRET, específico en materia de seguridad y salud en el trabajo, contempla, en sus dos primeros párrafos, tanto derechos como deberes de los trabajadores, como expresión del principio de reciprocidad de la obligación de seguridad. Por tanto, el art. 19 contiene dos situaciones que se "complementan y contradicen"[361].

Así, mientras el trabajador se encuentra obligado a observar las medidas de seguridad e higiene en su trabajo[362], sobre el empresario recae la obligación de realizar una "protección eficaz" de sus empleados[363],

---

[358] FERNANDEZ MARCOS, L., "Artículo 19", AAVV, *Comentarios a las leyes laborales. El Estatuto de los trabajadores*, E. BORRAJO DACRUZ (dir.), tomo V, ed. Edersa, Madrid, 1986, pag. 20.

[359] SSTSJ de Castilla-La Mancha de 6 de noviembre de 1997 (AS 1997/4597) y de Cataluña de 11 de julio de 1996 (AS 1996/4165), 8 de marzo, 27 de abril y 26 de noviembre de 1994 (AS 1994/1246, 1994/1488 y 1994/4406, respectivamente), 15 de julio de 1992 (AS 1992/1994) y de Canarias de 31 de julio de 1995 (AS 1995/2733).

[360] STSJ de Castilla-La Mancha de 18 de mayo de 1999 (AS 1999/2264).

[361] SSTSJ de Andalucía de 14 de enero de 1998 (AS 1998/713) y del País Vasco de 7 de enero de 1997 (AS 1997/98).

[362] En este sentido, la STSJ de Navarra de 13 de Marzo de 1997 (AS 1997/972), considera que forma parte de la obligación del trabajador de observar las medidas de higiene el aseo e higiene del trabajador por lo que el tiempo dedicado a estas tareas "no puede, con carácter general, descontarse del tiempo de trabajo ordinario en la empresa".

[363] MONTOYA MELGAR, A., GALIANA MORENO, J.M., SEMPERE NAVARRO, A.V., RIOS SALMERON, B., *Comentarios al Estatuto de los Trabajadores*, Ed. Aranzadi, Pamplona, 2001, pág. 127, consideran que al hablar de protección eficaz se dota de mayor realismo la obligación del trabajador. La STS de 6 de mayo de 1998 (RJ 1998/4096), señala que el empresario se encuentra

estableciendo los límites del llamado deber de seguridad[364] y tratando de hacer efectivo el derecho de los mismos a conservar su integridad física[365]. La utilización de la expresión protección eficaz que, posteriormente se repite con idénticas palabras en la LPRL, hace referencia a los comportamientos empresariales que deben realizarse para el correcto cumplimiento de la obligación[366].

En este sentido, la obligación del empresario implica, como reconoce la STSJ de Andalucía de 14 de enero de 1998, la adopción de unas "medidas generales o particulares de seguridad, atendidas las circunstancias concurrentes y la diligencia exigible a un prudente empleador" utilizando para ello "criterios ordinarios de normalidad para prevenir o evitar una situación de riesgo en la vida o salud de los trabajadores, criterio éste que no es otra cosa que reflejo y operatividad (...) del derecho básico (...) recogido en los arts. 4.2 y 19 del ET"[367]. Y esta obligación se debe al operario con independencia de cual sea el lugar donde desarrolle su actividad profesional[368].

Por su parte, el trabajador no tolera la atribución de obligaciones de clase alguna en la adopción de medidas de seguridad. Más bien, -y tras el derecho a una protección eficaz-, en seguridad y salud en el trabajo, lejos de

---

obligado directamente a garantizar a sus trabajadores una protección eficaz en materia de seguridad e higiene en el trabajo "adoptando las medidas que la legislación establece con esta finalidad". Entre otras, SSTSJ de Cataluña de 28 de julio de 1997 (AS 1998/3574), Asturias de 29 de noviembre de 1996 (AS 1996/3799), País Vasco de 1 de julio de 1997 (AS 1997/2318), Aragón de 6 de marzo de 1997 (AS 1997/992) y Castilla y León de 24 de mayo de 1996 (AS 1996/2267), se refieren a la relación entre el art. 19 TRET y la protección eficaz.

[364] El fundamento jurídico segundo de la STSJ de Navarra de 10 de febrero de 1997 (AS 1997/510) pone de manifiesto la relación directa entre la deuda de seguridad y el art. 19 TRET. En idéntico sentido, SSTSJ de Castilla y León de 26 de enero de 1998 (AS 1998/37), Asturias de 20 de marzo, (AS 1998/849), Aragón de 15 de abril de 1998 (AS 1998/1575), Navarra de 10 de mayo de 1996 (AS 1996/1488) y Madrid de 12 de julio de 1995 (AS 1995/2902).

[365] STSJ de Castilla y León de 8 de Noviembre de 1994 (AS 1994/4220).

[366] GARCIA NINET, J.I., *El Estatuto de los Trabajadores: Comentarios a la Ley 8/1980, de 10 de Marzo*, ed. Edersa, Madrid, 1981, pag. 152, afirma que el adjetivo eficaz junto al de adecuada, reconocido en el art. 4.2-d, "relativizan y subjetivizan las medidas que oportunamente puedan instaurarse para lograr el óptimo de seguridad e higiene".

Es obligación del empresario dispensar una protección eficaz en materia de seguridad para hacer efectivo el derecho reconocido a los trabajadores de conservar su integridad física. SSTSJ del País Vasco de 10 de mayo de 1996 (AS 1996/3117), de 7 de mayo de 1996 (AS 1996/3109) y de 13 de febrero de 1996 (AS 1996/269).

[367] STSJ de Andalucía de 14 de enero de 1998 (AS 1998/713). En parecidos términos se expresa la STSJ de Asturias de 24 de enero de 1997 (AS 1997/214).

[368] STSJ de Murcia de 18 de abril de 1994 (AS 1994/1503).

incumbirle obligaciones en el deber de adoptar esa protección, donde las tiene es en "la diligente utilización de los medios que el empresario debe facilitarle, observando en ello las medidas legales y reglamentarias"[369].

2.2 Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

En primer lugar llama la atención que la nueva regulación de la seguridad y salud en el trabajo, realizada desde los poderes públicos, viene acompañada del rango de Ley; en contraste con la normativa anterior, que ostentaba la categoría de Orden Ministerial[370]. Dotando de rango legal a la LPRL se establece una mayor protección sobre ella, dificultando cualquier intento de alteración de su contenido. Además, resulta lógico que una norma relativamente general y, por consiguiente, no sometida, en principio, a variaciones, se regule por ley; mientras que la normativa referente a sectores específicos o agentes lesivos se realice mediante Ordenes Ministeriales o, como sucede en la actualidad, Reales Decretos.

Al margen del grado normativo lo cierto es que la necesidad de una nueva regulación de seguridad y salud en el trabajo aparecía como algo apremiante. Pone de manifiesto esta situación que, a pesar de los avances técnicos operados en los últimos años y de la introducción de nuevas tecnologías, se aplicaban unos principios preventivos obsoletos que databan de 1971. Junto a ello, debe tenerse presente que se encontraba en vigor el Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa de 21 de noviembre de 1959 que, tras la aprobación de la Constitución, no se encontraba "en sintonía con el sistema de relaciones laborales" que esta implanta[371].

El nuevo enfoque que se pretende configurar consiste en un cuerpo central, caracterizado por un alto contenido jurídico (obligaciones, responsabilidades...), dejando la vía reglamentaria para la regulación de las

---

[369] STSJ de Asturias de 17 de abril de 1998 (AS 1998/897). Por su parte, las SSTSJ del País Vasco, de 27 de febrero de 1998 (AS 1998/886) y 28 de octubre de 1997 (AS 1997/3529), manifiestan que "los empleados (...) no están exentos de deberes en esta materia, pues han de observar las medidas legales y reglamentarias de seguridad".

[370] GARRIGUES GIMENEZ, A., "La protección normativa de la seguridad, higiene y salud...", op. cit., pag. 141, entiende que razones de índole híbrida (instrumental y sustancial) han determinado la regulación con rango legal y carácter general, de la materia preventiva.

[371] FERNANDEZ MARCOS, L., "Algunas consideraciones sobre la reforma legislativa de la seguridad e higiene en el trabajo", AAVV, *La reforma del mercado de trabajo y de la seguridad y salud laboral*, MONEREO PEREZ, J.L. (ed.), Universidad de Granada, Granada, 1996, pag. 609.

cuestiones técnicas. Junto a lo anterior, el legislador es consciente de la dispersión normativa en que se ve envuelta la seguridad y salud en el trabajo, derivándose una falta de visión unitaria que hace necesario acometer una reforma en este sentido[372].

Y, desde luego, no se puede obviar la influencia de la normativa comunitaria e internacional sobre nuestro actual sistema normativo. Desde el punto de vista internacional, se realiza especial hincapié en cumplir con el compromiso adquirido por España al ratificar el Convenio OIT n° 155, sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo[373]. No menos importantes son las obligaciones comunitarias que España adquiere desde su presencia en el ámbito europeo; especialmente tras el impulso que en materia de seguridad y salud en el trabajo supuso la aprobación de la Directiva 89/391/CEE, de 12 de junio (en adelante, DM) y la modificación del Tratado CEE, dando lugar al art. 118-A (actual art. 138 TA)[374]. De este modo, desde Europa, se fomenta la armonización de las legislaciones de los países integrantes del espacio europeo mediante el establecimiento de unas disposiciones mínimas que deben cumplirse por los Estados miembros[375].

En definitiva, teniendo presente lo anteriormente expuesto; es decir, los cambios tecnológicos producidos en los últimos años, las innovaciones tecnológicas y los compromisos internacionales y comunitarios adquiridos por España; la LPRL intenta configurar una "política coherente, coordinada y eficaz

---

[372] La STS de 3 de diciembre de 1997 (RJ 1997/8929), señala que la LPRL "consigue (...) unificar una normativa dispersa poniéndola al día conforme a las nuevas situaciones no contempladas con anterioridad. Antes de la aprobación de la LPRL convivía un conjunto de normas de distinto rango y aprobadas dentro de un amplio margen temporal: OGSHT de 1971, Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa de 1959 y, en el ámbito de las sanciones, se aplicaba la Ley 8/1988, de 7 de abril, sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social.

[373] Instrumento de ratificación de 26 de julio de 1985. BOE de 11 de noviembre de 1985. Sobre este Convenio, entre otras, STSJ de Cataluña de 1 de diciembre de 1998 (AS 1998/4952). No obstante, debe advertirse como señala FERNANDEZ MARCOS, L., "Reflexiones sobre la anunciada Ley de Seguridad e Higiene desde las normas de la OIT y CEE", AL 1991-1, pág. 10, que se aprecia apatía de la OIT en las materias relacionadas con la seguridad e higiene; "sin duda como consecuencia de la más moderna eclosión legislativa de la CEE sobre la misma materia".

[374] Este art. 118-A supuso, en opinión de MARTINEZ MENDOZA, J.M., "El proceso de armonización de la seguridad e higiene en el trabajo en los Tratados de la Comunidad Económica Europea", RL 1996-II, pág. 1109, un paso muy interesante para la armonización de la seguridad e higiene.

[375] En palabras de PEREZ AMOROS, F., "El Derecho Social de la Comunidad Europea y su incidencia en el Ordenamiento Laboral Español", RTL n° 42, 1989, pág. 560, se tiende a conseguir la equiparación, es decir, la igualación de los tratamientos que las normas laborales estatales -en este caso de seguridad y salud en el trabajo- otorgan a los trabajadores.

de prevención de riesgos laborales" sobre la base de actuaciones asentadas en los "principios de eficacia, coordinación y participación"[376] entre las Administraciones implicadas y los empresarios y trabajadores, a través de sus organizaciones representativas.

El resultado es una ley autónoma en tanto que, entre otros aspectos, concreta su propio ámbito de aplicación o detalla sus fines. Una ley que se levanta sobre principios mínimos susceptibles de ser mejorados en el intento de conseguir "la promoción de la seguridad y salud"[377], siendo su finalidad "la prevención del riesgo laboral en el sentido de daño derivado del trabajo"[378].

Pero con independencia de las razones que motivaron su nacimiento, la realidad pone de relieve, tras el transcurso de trece años desde su aprobación, que no se produce una reducción significativa de la siniestralidad laboral[379]. La razón de ello puede encontrarse en que se considera como una ley demasiado genérica, necesitada de un desarrollo reglamentario, el cual -aunque se efectúa, principalmente, en una franja de cuatro años desde la aprobación de la LPRL- peca de no ser tan concreto como debería en cuanto a

[376] Sobre estos principios debe señalarse que el de eficacia toma realidad con el objetivo que persigue la LPRL -plasmada a lo largo de su articulado- de conseguir un aumento de los niveles de seguridad y salud en el trabajo. Para alcanzar esta meta se fija un mínimo indisponible a partir del cual se autoriza, mediante la negociación colectiva, su desarrollo o mejora. A través de la participación se intenta la colaboración de los distintos agentes sociales para la lograr cumplir con el principio de eficacia. Y tanto éste principio como el de participación se apoyan en el de coordinación, que debe entenderse como el compromiso de las distintas administraciones, implicadas en materia de prevención, en la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo. Un desarrollo de estos principios en SEMPERE NAVARRO, A.V., GARCIA BLASCO, J., GONZALEZ LABRADA, M. y CARDENAL CARRO, M., *Derecho de la Seguridad y Salud en el Trabajo,* Ed. Civitas, Madrid, 2001, pág. 80 y ss.

[377] GONZALEZ-POSADA MARTINEZ E., "Derechos y deberes en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales", Tribuna Social, n° 73, 1997, pág. 49.

[378] STSJ de Cantabria de 23 de marzo de 1999 (AS 1999/436).

[379] Razón que supuso el desarrollo de un Plan de Acción sobre la Siniestralidad Laboral de manera coordinada y cooperativa mediante ocho grandes grupos o áreas de actuación: Actuaciones de sensibilización para una cultura de la prevención, actuaciones de promoción y apoyo de la actividad preventiva en el trabajo, programas de formación para la prevención, acciones de fomento e incentivación de la actuación preventiva, reforzamiento de las actividades de investigación, análisis y estudio, acciones legislativas y acciones complementarias para la aplicación de la normativa de prevención de riesgos laborales, reforzamiento de la eficacia de las actuaciones en materia de vigilancia, de control y sancionadora y coordinación y cooperación inter-institucional y entre las Administraciones Públicas, General del Estado y de las Comunidades Autónomas, MINISTERIO DE TRABAJO y ASUNTOS SOCIALES, *Plan de Acción sobre la Siniestralidad Laboral,* 29 de octubre de 1998, pág. 6.

las obligaciones exigibles a los empresarios que sirven para, posteriormente, determinar su responsabilidad[380].

En definitiva, la LPRL supone un fin y un comienzo[381]. Por un lado, se pone fin a la tramitación de una de las leyes más esperadas de los años noventa y que, a pesar de ser su aprobación obligatoria, fue objeto de numerosos borradores y de un periplo parlamentario de algo más de diez meses. Pero, según la redacción dada al art. 6 LPRL, se allana el camino para el desarrollo reglamentario de una serie de materias relacionadas con la seguridad y salud en el trabajo que han tenido y seguirán teniendo una incidencia directa en la reducción del número de enfermedades profesionales.

II LA OBLIGACIÓN LEGAL DE OFRECER MEDIDAS PREVENTIVAS: UNA VISIÓN JUDICIAL

Una vez estudiados los preceptos constitucionales y legales sobre los que se construye la obligación de seguridad y salud en el trabajo, procede el análisis del deber empresarial con objeto de lograr determinar el alcance de tal deuda, siendo este, quizá, el problema más importante que toda legislación debe dejar resuelto[382]. Ello se debe a que el deber genérico del empresario de proteger a los trabajadores frente a los riesgos laborales, se expresa en términos de gran amplitud[383], si bien en la LPRL, se establecen unas pautas o reglas que delimitan el alcance del deber o cuántas o cuáles son las medidas para dar cumplimiento al mismo.

---

[380] Sobre el desarrollo reglamentario de algunas de estas normas vid. GARRIGUES GIMENEZ, A., "Los RRDD 485/1997, 486/1997, 487/1997 y 488/1997: El largo camino hacia la transposición de las directivas específicas *ex* artículo 16.1 de la Directiva Marco 89/391/CEE2, RMTAS n° 7, 1998, pág. 205 y ss. Concretamente, LUQUE PARRA, M., "La auditoría de los servicios de prevención", REF n° 195, 1999, pág. 8, considera que la aprobación del RSP sirvió para que la LPRL adquiriera un carácter autónomo y significativo.

[381] L. FERNANDEZ MARCOS, "Algunas consideraciones sobre la reforma...", op. cit., pág. 612, señala que la LPRL, no basta por sí sola para realizar la reforma legislativa de la seguridad e higiene, sino que será un punto de partida.

[382] APARICIO TOVAR, J., "Las obligaciones del empresario de garantizar la seguridad y la salud en el trabajo", REDT nº 49, 1991, pág. 206.

[383] FERNANDEZ MARCOS, L., concibe la deuda de seguridad empresarial de forma omnicomprensiva hasta parecer virtualmente ilimitada. FERNANDEZ MARCOS, L., "El contenido de la Ley de Prevención de Riesgos laborales: puntos críticos", AL 1995-3, pág. 822.

1. Consideraciones generales.

El origen más inmediato de la regulación de la deuda general de seguridad y salud en el trabajo -tal y como mencionábamos en el epígrafe anterior- se encuentra en la DM y en el derogado art. 7.2 OGSHT que configuraba la obligación del empresario como algo abierto y dinámico, al imponer al empresario la adopción de "cuantas medidas fueran necesarias (...)"[384]. Además, a través de las obligaciones impuestas por la OGSHT no se pretendía únicamente que se ejecuten las obligaciones o deberes formales y "sí que se adopten, que se cumplan efectiva y realmente las medidas de seguridad previstas para evitar los peligros que la actividad laboral en cada caso pueda comportar. Se trata, en definitiva, de proteger la salud y la vida de los trabajadores a través del cumplimiento de unas medidas concretas de seguridad"[385]. Junto a estas normas destaca el art. 19.1 TRLET que compromete al empresario a ofrecer al trabajador una protección eficaz en materia de seguridad e higiene[386]. No obstante, PEREZ DE LOS COBOS considera que "la regulación que la Directiva hace de la obligación general del empresario resulta mucho más rica que la contenida en el ET y la OGSHT"[387].

Finalmente, y tras un largo período de elaboración, se adoptó la LPRL cuya principal novedad radica en la *determinación del contenido del derecho* de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad e higiene[388].

La obligación que recae sobre el empresario se caracteriza por una gran dificultad en su cumplimiento[389], porque mientras que a éste -para llevar

---

[384] La STSJ de País Vasco de 21 de noviembre de 1998 (AS 1998/4379) entiende que este artículo de la OGSHT "no se limita sólo a detallar los mecanismos y medidas de protección, sino que exige su efectivo uso en debidas condiciones por parte de quienes intervienen en el proceso productivo de manera tal que la responsabilidad de la empresa no acabe con la puesta a disposición de sus trabajadores de medidas precautorias sino que exige la continua vigilancia en el cumplimiento de las normas".

[385] STS de 27 de marzo de 1998 (RJ 1998/2869).

[386] Como señalan MONTOYA MELGAR, A., GALIANA MORENO, J.M., SEMPERE NAVARRO, A.V. y RIOS SALMERON, B., *Comentarios al Estatuto de los Trabajadores*, Ed. Aranzadi, Pamplona, 2007, pág. 151, dada la ubicación de este artículo, la protección en materia de seguridad e higiene a la que alude el precepto es básicamente objeto de un deber del empresario.

[387] PEREZ DE LOS COROS ORIHUEL, F., "La Directiva Marco sobre medidas de seguridad y salud de los trabajadores en el trabajo y la adaptación del ordenamiento español", RL 1991-1, pág. 1230.

[388] PALOMEQUE LOPEZ, M.C., "La configuración del derecho de protección frente a los riesgos laborales. Las obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de riesgos (arts. 14-24,29 y 41)", AAVV, *Seguridad y Salud en el Trabajo*, CASAS BAAMONDE, M.E., PALOMEQUE LOPEZ, M.C. y VALDES DAL-RE, F., (coords.), Ed. La Ley-Actualidad, Madrid, 1997, pág. 7.

acabo la protección del trabajador frente a los riesgos laborales- se le exige una actuación que, como dice la EM, "desborda el mero cumplimiento formal de un conjunto predeterminado, más o menos amplio, de deberes y obligaciones empresariales", al trabajador se le sitúa como receptor de las actuaciones que aquél adopte, convirtiéndose en el beneficiario de las cargas empresariales, es decir, en titular de un haz de derechos inviolables, que no pueden verse comprimidos ni anulados por el hecho de trabajar en una organización ajena[390] y con independencia de las obligaciones asumidas en virtud del art. 29 LPRL.

Esta obligación del empresario, se desprende principalmente del art. 14 LPRL. Así, según el párrafo 1º del apartado 1º "los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo" lo que supone, según el párrafo 2°, "la existencia de un correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales". Esta formulación, tal y como señala la STSJ de Cataluña de 27 de enero de 2000, se considera un tanto genérica y se podría decir de la misma que establece una obligación abstracta de no ser por el apartado segundo de este artículo[391].

Así, en el art. 14.2 LPRL se concreta la obligación general de seguridad[392] recordando -el párrafo 3° de este mismo artículo- al empresario que "deberá cumplir las obligaciones establecidas en la normativa sobre prevención de riesgos laborales". Aunque a primera vista suene a repetición, la intención del legislador se dirige a hacer hincapié en una cuestión importante, como es recordar que la obligación del empresario traspasa la propia LPRL, abarcando un conjunto de disposiciones específicas que también deben tenerse en cuenta.

---

[389] ALBIOL MONTESINOS, I., CAMPS RUIZ, L., GARCIA NINET, I., LOPEZ GANDIA, J. y SALA FRANCO, T., *Derecho del Trabajo*, l0ª edición, Ed. Tirant lo Blanch, Valencia, 1996, pág. 530, consideran que se trata de una obligación genérica compleja.

[390] SAGARDOY BENGOECHEA, J.A,. DEL VALLE VILLAR, J.M, GIL y GIL, J.L., y GETE CASTRILLO, P., *Prontuario de Derecho del Trabajo*, 2ª edición, Ed. Civitas, Madrid, 1995, pág. 34.

[391] As 2000/871.

[392] Art. 14.2 LPRL, "En cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo. A estos efectos, en le marco de sus responsabilidades, el empresario realizará la prevención de los riesgos laborales mediante la adopción de cuantas medidas sean necesarias para la protección de la seguridad y salud de los trabajadores (...)".

2. Delimitación de la obligación de seguridad y salud en el trabajo: Referencia a la doctrina judicial.

Los Tribunales de Justicia parten de la premisa de que las normas de seguridad y salud en el trabajo responden "al designio de proteger al trabajador contra los riesgos propios de su profesión" intentando ofrecer "las máximas garantías de seguridad"[393] o, dicho de otro modo, reducir los riesgos a los puramente inevitables y fortuitos no sólo por interés social sino por el respeto que debe merecer la integridad y la vida del hombre "como elemento primario y más noble de la sociedad"[394]. Y no se trata de normas que únicamente protejan de los daños y efectos nocivos del trabajo sino que también tienen en cuenta el riesgo potencial de los peligros que puedan llegar a materializarse en el centro o puesto de trabajo.

Además, consideran que las normas de seguridad e higiene -orientadas, fundamentalmente, a la prevención de los siniestros laborales[395] y enfermedades profesionales-se configuran como de "derecho necesario y de inexcusable observancia, no pudiendo mitigarse u orillarse" bajo ningún pretexto[396], pues su ignorancia es de consecuencias gravosas tanto para la propia empresa incumplidora como para el trabajador afectado, así como para la marcha económica general[397]. Esto justifica que, como ya señalaba el Tribunal Supremo en 1965, el fin de estas normas sea, en primer lugar, humanitario y, en segundo término, social y económico[398].

Y dentro de la atención que los Tribunales prestan a las cuestiones de seguridad e higiene destaca la forma de delimitación de la obligación de seguridad. Ello se debe a que las manifestaciones de la doctrina judicial adquieren una relevancia importante al resultar apreciables una serie de hechos que ayudan a la comprensión de lo que debe entenderse como deuda de seguridad empresarial. Procede pues el estudio de una serie de cuestiones tales como en qué preceptos del ordenamiento se ampara la obligación de seguridad e higiene, cuestión que por otro lado aporta interesantes apuntes a la

---

[393] STS de 7 de junio de 1976 (RJ 1976/3223).

[394] STS de 29 de enero de 1971 (RJ 1971/382).

[395] STS de 15 de noviembre de 1961 (RJ 1961/3928).

[396] STS de 12 de marzo de 1983 (RJ 1983/6031).

[397] STSJ de Castilla La Mancha de 12 de septiembre de 1997 (AS 1997/4129).

[398] STS de 2 de febrero de 1965 (RJ 1965/764).

hora de determinar la naturaleza jurídica de la deuda de seguridad, o qué sujetos, principalmente, se encuentran obligados a cumplir con las disposiciones legales de la materia.

Centrándose de un modo más específico en el estudio de la deuda de seguridad resulta necesaria la determinación del modo en que se alcanza su eficaz cumplimiento, para lo cual resulta obligada la referencia al art. 14 LPRL. Del mismo modo, procede una mención a la consideración de lo susceptible de calificarse como incumplimiento empresarial de la obligación de seguridad y salud en el trabajo.

Junto a lo anterior resulta importante la interpretación de los Tribunales con relación a los deberes de vigilancia del empresario e *in eligendo,* por cuanto a través de ella se refleja un criterio de delimitación de la obligación de seguridad y salud en el trabajo. Además, merece especial atención el tratamiento que la doctrina judicial realiza de la imprudencia del trabajador y su influencia en la determinación del cumplimiento de la deuda de seguridad.

Finalmente, se concreta el análisis de la obligación en materias específicas como formación, información y medidas de protección.

2.1 Base legal de la obligación de seguridad.

La doctrina judicial admite que el llamado deber o deuda de seguridad que la empresa contrae con sus trabajadores se configura claramente en el ordenamiento jurídico español[399]. Ya en 1964 el Tribunal Supremo entendía que la humanización de las condiciones de trabajo, que comporta una lucha contra los factores que pueden dañar la seguridad o salud de los trabajadores, justifica las múltiples obligaciones que la legislación impone a los empresarios en materia de seguridad y salud en el trabajo[400]. Prescripciones legales que el patrono deberá cumplir para una correcta ejecución de este deber empresarial[401].

---

[399] SSTSJ de La Rioja de 2 de julio de 1998 (AS 1998/2554), 25 de mayo de 1995 (AS 1995/1798), 15 de noviembre de 1995 (AS 1995/4247), 5 de diciembre de 1995 (AS 1995/4606) y Baleares de 13 de octubre de 1998 (AS 1998/4008). La STS de 7 de marzo de 1970 (RJ 1970/1157), señala que la deuda de seguridad se encuentra impuesta legalmente al patrono en el área de la prevención de accidentes.

[400] STS de 11 de marzo de 1964 (RJ 1964/2229).

[401] STSJ de 18 de Cataluña de septiembre de 1996 (AS 1996/4449).

Así, entre otros preceptos, cabe señalar que esta deuda no es otra cosa que el reflejo y operatividad, por un lado, "del derecho básico (...) reconocido en los arts. 4.2 y 19 TRET (...) y la positivación del principio de derecho *alterum non laedere* elevado a rango constitucional por el art. 15 CE"[402] y, por otro, del llamado deber de protección que le corresponde al empresario y que se garantiza en el art. 40.2 CE[403], sobre el que se apoyan directamente los poderes públicos en orden a conseguir los objetivos de la salvaguarda de la seguridad y salud de los trabajadores[404].

También merece mencionarse el art. 7.2 OGSHT -actualmente derogado- que establecía como obligación del empresario "adoptar cuantas medidas fueren necesarias en orden a la más perfecta organización y plena eficacia de la debida prevención de los riesgos que puedan afectar a la vida, integridad y salud de los trabajadores al servicio de la empresa"[405]. La STS de 29 de noviembre de 1996, interpretaba que la actuación del empresario -regulada en la OGSHT -obligaba a "la búsqueda y adopción de las medidas técnicas necesarias para que no se incumplan las obligaciones empresariales"[406].

En la actualidad debe mencionarse el art. 14 LPRL como referente por excelencia de la deuda de seguridad y salud en el trabajo[407]. Artículo que se integra con otros que regulan un complejo haz de obligaciones recogiendo la

---

[402] SSTSJ de Cataluña de 18 de febrero de 1999 (AS 1999/1125), 15 de abril de 1998 (AS 1998/2368), 15 de septiembre de 1998 (AS 1998/3944), 23 de enero de 1998 (AS 1998/558), 21 de mayo de 1998 (AS 1998/2082), Andalucía de 14 de enero de 1998 (AS 1998/713), 13 de marzo de 1998 (AS 1998/978) y Canarias de 10 de septiembre de 1998 (AS 1998/4058). La STSJ de Castilla y León de 28 de julio de 1998 (AS 1998/3435), entiende que el art. 19 TRET hace referencia a la “deuda de integridad corporal”.

[403] SSTS de 27 de marzo de 1981 y 4 de abril de 1994 (RJ 1981/967 y 1994/3196, respectivamente). Según la STS de 29 de marzo de 1988 (RJ 1988/2552), el respeto y protección a la seguridad e higiene debe informar la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos.

[404] STS de 7 de febrero de 1986 (RJ 1986/459).

[405] La STS de 7 de mayo de 1984 (RJ 1984/2864), nos ofrece un ejemplo práctico de lo que debemos entender por “adoptar cuantas medidas fueren pertinentes”.

[406] RJ 1996/8704. Por su parte, la STSJ de País Vasco de 21 de noviembre de 1995 (AS 1995/4379) entiende que este artículo de la OGSHT "no se limita sólo a detallar los mecanismos y medidas de protección, sino que exige su efectivo uso en debidas condiciones por parte de quienes intervienen en el proceso productivo, de manera tal que la responsabilidad de la empresa no acaba con la puesta a disposición de sus trabajadores de medidas precautorias, sino que exige la continua vigilancia en el cumplimiento de las normas".

[407] STSJ de País Vasco de 30 de noviembre de 1998 (AS 1998/4989).

conducta a la que se encuentra comprometido el empresario[408]. Todos estas actuaciones reguladas en la LPRL -tal y como ocurría con la OGSHT- tienen como específica finalidad la estimulación de los empresarios "a la observancia de los deberes de seguridad que asumen en el vínculo laboral"[409], situando al empresario en una posición jurídica de garante de la vida e integridad corporal y salud de los trabajadores que desempeñen su actividad laboral en la empresa.

Esta posición obliga no sólo a adoptar las medidas de seguridad que la prudencia exija, sino también a velar por su eficacia[410]. Hasta el punto de que -en ocasiones, como más adelante se indica-, se considera incumplida la obligación a pesar de que la empresa adopte las medidas de seguridad, si se demuestra que éstas carecieron de toda eficacia infiriéndose, por tanto, que no se procedió con el sistema obligatorio[411]. En definitiva, quedan implicados todos los comportamientos en los que deban observarse las medidas generales o particulares de seguridad necesarias para el trabajo humano[412].

Por tanto, se deduce tras la mención de los preceptos anteriores, que el deber de protección y prevención se sitúa, por un lado, directamente dentro de las obligaciones contractuales a las que se compromete el empresario en la órbita del mundo laboral, no sólo por lo pactado en el contrato sino como deber genérico impuesto en las fuentes reguladoras de la relación laboral y cuyos preceptos se mencionan en los párrafos anteriores[413]. Y, por otro, dentro de las obligaciones constitucionales que deben regir toda actividad.

De tal forma, como indica la STS de 15 de julio de 1973, corresponde a la empresa -en que el trabajador presta sus servicios- y al Estado extremar

---

[408] En este sentido, GONZALEZ ORTEGA, S., "La organización de la prevención por el empresario: los servicios de prevención", TL n° 50, 1999, pag. 20, considera que la obligación de seguridad empresarial tiene un contenido complejo y difícil de delimitar en cada caso.

[409] SSTSJ de Madrid de 12 de mayo de 1992 y Cataluña de 18 de marzo de 1994 (AS 1992/2701 y 1994/1285, respectivamente).

[410] STSJ de Cantabria de 13 de mayo de 1991 (AS 1991/3257).

[411] STS de 11 de junio de 1970 (RJ 1970/3102).

[412] STS de 30 de abril de 1970 (RJ 1970/3517).

[413] STSJ de País Vasco de 4 de junio de 1998 (AS 1998/3733). La STSJ de 29 de julio de 1997 (AS 1997/3144), señala la deuda de seguridad de la empresa hacia sus trabajadores como obligación contractual.

toda clase de medidas en previsión de que los accidentes no se produzcan[414]. Lo anterior conduce a afirmar que la legislación de seguridad e higiene rebasa los límites del puro derecho privado en cuanto consagra determinadas medidas protectoras de derechos inalienables[415].

2.2 El Empresario como principal sujeto en el cumplimiento de la deuda de seguridad.

En el estudio de la deuda de seguridad el empresario aparece como la persona responsable, en gran medida, de su eficaz cumplimiento[416]. En palabras de la STS de 7 de mayo de 1973 el patrono viene obligado a "tomar las medidas de seguridad en las industrias para evitar todo accidente o perjuicio a sus productores"[417]. Será, pues, el empleador el encargado de organizar su empresa en la forma más adecuada para evitar en lo posible los riesgos que el desarrollo de la actividad empresarial comporte[418], actuando, según indica la STSJ de Cataluña de 8 de marzo de 1994, como "garante de la seguridad del trabajador"[419], y surgiendo este compromiso por el solo hecho de que los trabajadores "presten sus servicios bajo su ámbito organizativo al tener que dispensarles una protección eficaz en la materia a fin de que hagan

---

414 RJ 1973/2870.

415 STS de 13 de mayo de 1968 (RJ 1968/2205).

416 En opinión de la STS de 14 de octubre de 1981 (RJ 1981/3758), "la omisión o inobservancia" de los preceptos de seguridad e higiene "hace recaer directa e inmediatamente las consecuencias que se deriven sobre la empresa que los infringió". La STSJ de Murcia de 2 de noviembre de 1998 (AS 1998/4429), señala que la deuda de seguridad es contraída por el empresario hacia el trabajador. Por su parte la STSJ de Asturias de 15 de mayo de 1998 (AS 1998/1446) considera que es difícil, de partida, configurar una deuda laboral cualquiera de quien no es empresario respecto de trabajadores que ni dependen de él ni se dedican a actividades suyas o regidas por él. Del mismo modo, la STS de 2 de julio de 1976 (RJ 1976/4488), menciona el deber de protección y seguridad que incumbe al empresario hacia sus trabajadores.

417 RJ 1973/2089. J. GARCIA MURCIA, "La responsabilidad civil en materia de seguridad y salud en el trabajo", TL n° 50, 1999, pág. 225, entiende que el empleador asume el "riesgo empresarial".

418 STSJ de Extremadura de 10 de julio de 1995 (AS 1995/2711). En este sentido, la STSJ de Asturias de 8 de octubre de 1999 (AS 1999/3114), reconoce que el deber de tutelar eficazmente la salud de los trabajadores recae sobre el empresario.

419 AS 1994/1246.

efectivo el derecho que (...) al respecto les reconoce nuestro ordenamiento jurídico"[420].

Por tanto, el empresario tiene que dispensar al trabajador una protección eficaz limitando "al máximo el riesgo de accidente de trabajo"[421] y enfermedad profesional. De tal forma que debe ofrecer un nivel de seguridad en el trabajo que no sea el mínimo reglamentariamente exigible, sino el máximo posible de acuerdo con los mayores niveles técnicos[422]. Por ello, "es obligación inexcusable del empresario cumplir escrupulosamente con las prescripciones normativas establecidas sobre esta sensible materia"[423].

Para ello, debe tener presente las circunstancias concurrentes y "la diligencia exigible a un prudente empleador con criterios ordinarios de normalidad para prevenir o evitar una situación de riesgo en la vida o salud de los trabajadores"[424], no siendo exigible un grado de prevención tan extremo que abarque la totalidad de las situaciones generadoras de riesgo[425]. De tal forma que la omisión de elementales sistemas de protección, por ser fácilmente constatable y susceptible de llevarse acabo, suscita una mayor diligencia a la hora de adoptar los oportunos mecanismos de seguridad[426].

Y esta protección que recibe el trabajador debe entenderse tanto si realiza tareas de mantenimiento o preparación de la máquina, como si ejecuta el trabajo propiamente dicho, pues la seguridad y salud en el trabajo ampara a la generalidad de los trabajadores, cualquiera que sea la actividad, "acomodando las normas que velan por tal seguridad efectiva a las singulares modalidades de la tarea que se acometa, haciéndolo de modo armónico". Por tanto, la deuda de seguridad empresarial existe con independencia de las

---

[420] SSTSJ de País Vasco de 27 de febrero de 1998 y Extremadura de 29 de junio de 1998 (AS 1998/886 y 1998/2749, respectivamente).

[421] STSJ de 17 de marzo de 1998 (AS 1998/1302).

[422] STS de 11 de febrero de 1991, recogida en la STSJ de Castilla-La Mancha de 18 de mayo de 1999 (AS 1999/2264).

[423] STSJ de Castilla-La Mancha de 23 de junio de 1999 (AS 1999/2303).

[424] SSTSJ de Andalucía de 14 de enero de 1998 y Cataluña de 23 de octubre de 1998 (AS 1998/713 y 1998/4547, respectivamente).

[425] STSJ de La Rioja de 3 de febrero de 2000 (AS 2000/1046).

[426] STSJ de Galicia de 14 de febrero de 1998 (AS 1998/28). La STSJ de Cataluña de 28 de mayo de 1997 (AS 1997/2236), entiende infringida la deuda de seguridad al no observar la empresa "la medida particular de diligencia exigible por las circunstancias concretas del trabajo a realizar".

labores que se desempeñen, inclusive las que tienden a establecer "los elementos instrumentales que han de ser soporte y materialización de los de seguridad"[427].

Además, esta obligación de seguridad que recae sobre el empresario comprende el período en que el trabajador realiza su jornada laboral[428], debiendo extenderse a la zona de trabajo, siendo considerada como tal "no solamente el punto exacto donde ha de ejecutarse una operación, sino también lo que constituye el paso obligado para el acceso"[429].

En definitiva, el empresario queda constituido "en garante de la seguridad de los trabajadores a su servicio cuando se encuentren en el desempeño del mismo"[430], por lo que, en principio, "como creador del riesgo, le es objetivamente imputable todo daño o lesión que pueda sobrevenirles en sus puestos de trabajo"[431].

2.3 La deuda de seguridad.

Una vez referenciada la interpretación de los preceptos en que se apoya la obligación de seguridad, así como los principales sujetos que se encuentran sometidos a ella resulta necesario el establecimiento de una mayor precisión en cuanto a su significado y alcance.

2.3.1 Alcance.

[427] SSTSJ de Aragón de 11 de noviembre de 1998 (AS 1998/4041).

[428] En este sentido, STSJ de País Vasco de 17 de marzo de 1998 (AS 1998/1302). La STSJ de Baleares de 17 de febrero de 1998 (AS 1998/394), desestima cualquier responsabilidad empresarial por accidente sufrido fuera de la jornada laboral.

[429] STS de 7 de octubre de 1982 (RJ 1982/7319).

[430] SSTSJ de Cataluña de 7 de junio de 1995 y 14 de marzo de 1997 (AS 1995/2378 y 1997/1861, respectivamente).

[431] STSJ de Madrid de 26 de marzo de 1996 (AS 1996/1241). La STSJ de Aragón de 19 de diciembre 1998 (AS 1998/4161), indica que la obligación de cuidado se impone inicialmente al empresario "como creador del riesgo y responsable de la seguridad en la empresa".

En principio, el comportamiento empresarial debe referirse a los sucesos previsibles[432], intentando la eliminación de toda situación que conduzca a planteamientos absurdos no queridos por la legislación[433]. Ello impone a los empresarios -en la medida que sea razonable y factible- garantizar que los lugares de trabajo, operaciones y procesos, sean seguros y no entrañen riesgos para la salud y seguridad de los trabajadores[434], sin que pueda exigírseles "prever y subsanar un defecto que no era visible, máxime si se tiene en cuenta que la máquina era prácticamente nueva y había sido revisada meses antes (...) por un inspector de la empresa fabricante"[435]. La jurisprudencia también interpreta que la obligación del empresario se concreta en emplear "las medidas de previsión adecuadas"[436].

Esto supone que el deber que recae sobre los empleadores -para prevenir los riesgos que afecten a la integridad física de los trabajadores[437]- "ha de valorarse con criterios de razonabilidad según máximas de diligencia ordinarias exigibles a un empresario normal"[438] el cual debe actuar como "cooperador a los fines de la convivencia industrial"[439] y ha de estar orientado a

---

[432] La STS 12 de mayo de 1986 (RJ 1986/2530), considera obligación de la empresa prever las consecuencias que puedan afectar a la seguridad y salud de los trabajadores derivadas de la actividad productiva.

[433] STS de 23 de mayo de 1967 (RJ 1967/2098).

[434] SSTSJ de Cataluña de 7 de febrero de 1995 y de 15 de mayo de 1997 (AS 1995/692 y 1997/2222, respectivamente).

[435] STSJ de País Vasco de 17 de marzo de 1998 (AS 1998/1302).

[436] La STS de 2 de abril de 1976 (RJ 1976/2239), considera que el empresario “debió prever la necesidad en que se encontraría el trabajador de realizar un gran esfuerzo".

[437] La STSJ de Castilla La Mancha de 6 de noviembre de 1997 (AS 1997/4597), considera que el deber de seguridad deriva del que tiene el trabajador a conservar su integridad física reconocido en la CE.

[438] Recuérdese que la razonabilidad era un criterio delimitador de la obligación de seguridad recogido en múltiples disposiciones legales que posteriormente se marginó por su ineficacia para los fines pretendidos. SSTSJ de Andalucía de 14 de enero de 1998 (AS 1998/713), 13 de marzo de 1998 (AS 1998/978), Cataluña de 1 de diciembre de 1998 (AS 1998/4952), 15 de abril de 1998 (AS 1998/2368), 23 de enero de 1998 (AS 1998/558) y 26 de mayo de 1998 (AS 1998/3066). Junto a la idea de la razonabilidad -como criterio delimitador de la obligación de seguridad- debe mencionarse el de proporcionar la máxima seguridad tecnológicamente posible. Criterio este último que, según la STSJ de País Vasco de 15 de abril de 1998 (AS 1998/2026), se califica como una conducta abstracta, adquiriendo un carácter programático, pues refleja el deber genérico de seguridad que recae sobre el empresario.

[439] STSJ de Cataluña de 21 de mayo de 1998 (AS1998/2082).

la prevención y evitación de "una situación de riesgo en la vida o salud de los empleados"[440].

Por tanto, las medidas de seguridad se dirigen a prevenir los riesgos consecuentes a la actividad productiva y, concretamente, aquellos que se puedan producir en razón de una actividad laboral adecuada[441], produciendo exoneración de la responsabilidad del empresario los que se produzcan por fenómenos "ajenos al campo de la previsibilidad de la empresa"[442].

Ahora bien, esta actuación diligente no se entiende como una acción dirigida al establecimiento de normas generales, sino que requiere una "vigorosa prueba por parte del empresario acerca de la diligencia empleada por él mismo de manera constante y en cada caso concreto para prevenir los males que puedan sobrevenir al personal a su servicio en la empresa"[443].

Como referencia específica -en el análisis del alcance de la obligación de seguridad- el art. 14 LPRL establece que el empresario, en cumplimiento del deber de protección y prevención, debe garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo, mediante la adopción de cuantas medidas sean necesarias y cumpliendo para ello las obligaciones establecidas en la normativa sobre prevención de riesgos laborales[444].

La expresión "medidas necesarias", referenciada en el estudio de la delimitación de la deuda de seguridad desde el punto de vista normativo, se interpreta por los tribunales como la activación de medidas de seguridad, siempre y "cuando exista posibilidad de peligro cualquiera que sea la intensidad (...) del mismo"[445]. De tal modo que la omisión de tales medidas de seguridad

---

[440] STSJ de Galicia de 11 de febrero de 1998 (AS 1998/431).

[441] STSJ de Cataluña de 9 de marzo de 1993 (AS 1993/1514).

[442] STSJ de Cataluña de 3 de marzo de 1993 (AS 1993/1491).

[443] STSJ de Extremadura de 26 de octubre de 1994 (AS 1994/3817).

[444] En opinión de la SJS de Navarra de 28 de abril de 1999 (AS 1999/2020) el art. 14 LPRL establece un deber conductual de empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales.

[445] STS de 5 de diciembre de 1996 (RJ 1996/8876).

general y particulares, impuestas reglamentariamente, supondrá una "actitud culposa o negligente por parte de la empresa"[446].

Y esta obligación empresarial de adoptar cuantas medidas fueren necesarias se orienta, fundamentalmente, a la prevención de los riegos que puedan afectar a la vida, integridad y salud de los trabajadores[447], sobre todo en los supuestos en que el trabajador se halle realizando tareas propias de su profesión por orden y cuenta de su empresa[448]. Medidas que se traducen en obligaciones empresariales impuestas por la formalidad de unas normas que -según la STSJ de Asturias de 29 de mayo de 1998- se encaminan a "proteger el más alto de los valores que las relaciones industriales son capaces de poner en riesgo"[449].

De tal forma que se entiende cumplida esta obligación cuando el empresario realiza los esfuerzos técnicos y económicos con la finalidad, hasta donde era posible, de proteger a sus trabajadores de acuerdo con las normas de seguridad y salud en el trabajo[450]; lo que en definitiva se traduce en la obligación empresarial de adoptar las medidas de seguridad imprescindibles para que el accidente no ocurra[451]. Estos esfuerzos empresariales se dirigen al cumplimiento de los mínimos establecidos en la normativa legal reglamentaria pero en ningún caso se establece un tope máximo, lo que no impide adoptar medidas que respondan a un mayor celo del empresario en orden a la seguridad de sus empleados[452].

Y en tanto que la expresión "adoptar las medidas necesarias" no impone una obligación específica, se considera que el empresario debe emplear todos los medios posibles de seguridad en beneficio del trabajo y de los trabajadores, proporcionando, entre otras cosas, medios adecuados para evitar los riesgos, instrucciones suficientes para su uso y exigencia al

---

[446] STSJ de La Rioja de 10 de abril de 1997 (AS 1997/1288).

[447] La STS de 5 de junio de 1986 (RJ 1986/3361), considera sancionable la conducta del empresario por no disponer de la protección adecuada.

[448] STSJ de Cataluña de 5 de septiembre de 1996 (AS 1996/3641).

[449] STSJ de Asturias de 29 de mayo de 1998 (AS 1998/1600).

[450] STS de 10 de febrero de 1971 (RJ 1971/924).

[451] STS de 22 de junio de 1974 (RJ 1974/3132).

[452] STSJ de Cataluña de 22 de enero de 1993 (AS 1993/433).

trabajador de su empleo[453]; sin que pueda servir de excusa, en el cumplimiento de la deuda de seguridad, "la complejidad de las funciones asignadas" a los trabajadores[454], pues, como indica la STSJ de Galicia de 8 de junio de 1996, el empresario o la persona competente deben buscar una solución práctica a las distintas situaciones que se planteen[455]. Asimismo, la dificultad técnica de la adopción de las medidas no justifica la adopción de otras que, a pesar de ser técnicamente viables, son manifiestamente incómodas[456].

Además, las obligaciones que se imponen a las empresas en materia de seguridad y salud en el trabajo para un efectivo cumplimiento de la orden de adoptar cuantas medidas sean necesarias, no sólo se refieren a las "de carácter estructural atinentes a la instalación, maquinaria, utillaje, medio ambiente y elementos de protección del trabajador", sino que se consideran incluidas aquellas otras "de índole coyuntural concernientes al variable modo de organizar las actividades laborales en función de la diversidad de necesidades que presente la concreta dinámica empresarial"[457].

Y, como señala la STS de 12 de noviembre de 1998, con relación a las medidas de seguridad dispuestas en el Ordenamiento, "las empresas no sólo están obligadas a su establecimiento sino también a realizar toda la actividad necesaria para que se cumplan"[458], adoptando "las medidas necesarias y convenientes, incluidas las medidas disciplinarias consecuentes"[459]; llegando incluso a la paralización de los trabajos que puedan devenir en accidentes[460] o retirando al trabajador de puesto de trabajo si no actuara de forma procedente y correcta[461].

---

[453] STS de 7 de febrero de 1986 (RJ 1986/459).

[454] STS de 4 de octubre de 1982 (RJ 1982/6101).

[455] AS 1996/2391.

[456] STSJ de Castilla La Mancha de 12 de marzo de 1992 (AS 1992/1547).

[457] STS de 3 de abril de 1980 (RJ 1980/235).

[458] RJ 1998/5902. Por su parte la STS de 4 de octubre de 1976 (RJ 1976/4973), entiende sancionable la conducta de no haber obligado al trabajador a utilizar ciertos dispositivos de seguridad.

[459] STS de 23 de febrero de 1994 (RJ 1994/2225).

[460] STS de 27 de marzo de 1979 (RJ 1979/1850).

[461] STS de 5 de marzo de 1979 (RJ 1979/1056).

Lo anterior se debe a que las medidas relativas a la seguridad y salud en el trabajo "por su naturaleza, objeto y alcance exigen una valoración finalista[462] y no de mero cumplimiento formal" por lo que no basta con acreditar la existencia o la propuesta de tales medidas de seguridad y sí, necesariamente, que se han adoptado y cumplido en aras "a proteger la salud y vida de los trabajadores"[463].

Pero esta generalidad del comportamiento a que está obligado el empresario -"adoptar todas las medidas necesarias"-, pone en evidencia la dificultad del cumplimiento de la obligación de seguridad[464]. El problema reside, por un lado, en la imposibilidad de controlar todas las circunstancias de forma adecuada para evitar -en la mayor medida posible- las eventualidades del accidente y, por otro, en la dificultad de controlar mecanismos capaces de causar daños que no se encuentran dotados de medidas de seguridad y que son empleados en la empresa, pues es un hecho demostrado que el vertiginoso avance de las tecnologías impide mayores logros en la prevención de los accidentes de trabajo. Haciéndose eco de esta problemática la STS de 12 de junio de 1978, considera que, en ocasiones, ante la imposibilidad de precisar a *priori* la concreción de los defectos relativos a la seguridad e higiene de los trabajadores, resulta necesario requerir una determinación a *posteriori*[465].

También -en el intento de justificar el difícil cumplimiento del deber de seguridad- se advierte que "las medidas de protección que se definen en las normas laborales, como actos humanos que son, pueden originar accidentes imprevisibles por mucho cuidado que se ponga en las normas de seguridad"; y el hecho de que el art. 14 LPRL exija el perfeccionamiento de los niveles de protección existentes quiere decir que "nada puede ser perfecto en este

---

[462] La STS de 4 de abril de 1984 (RJ 1984/1889), considera que el sentido finalista de la seguridad y salud en el trabajo "no puede ser otro que el de velar por la seguridad del trabajador".

[463] STS de 17 de mayo de 1995 (RJ 1995/4145). Recogida posteriormente en otras sentencias como, la STS de 10 de mayo de 1996 (RJ 1996/4116).

[464] En este sentido, la STS de 17 de marzo de 1979 (RJ 1979/1824), considera que algunas de las prescripciones de seguridad e higiene "tiene en común la fórmula de amplia generalidad con que están expresadas". Por su parte, la STS de 6 de noviembre de 1976 (RJ 1976/5759), señala, con relación a la legislación de seguridad e higiene, su carácter "amplio o genérico".

[465] RJ 1978/2369.

campo"[466]. Además, el deber general de seguridad "no siempre reclama la presencia de una medida específicamente prevista e impuesta"[467].

Así, es posible que el incumplimiento de la obligación de seguridad no se encuentre fundamentado en la infracción reglamentaria de medidas de seguridad, sino en la imprevisión empresarial de los factores desencadenantes del accidente, creando un riesgo desproporcionado para el trabajador y obrando, por tanto, sin la diligencia exigible a un empleador[468]. Por ello, la empresa debe adoptar las medidas de prevención adecuadas a las circunstancias originadoras del riesgo[469].

En definitiva, el empresario debe evitar cualquier incumplimiento de esta obligación esencial, derivado de la previsión de riesgos, cualquiera que sea el género o su naturaleza, normalmente previsibles en atención al trabajo a desarrollar[470]; siendo imposible consentir "que se tolere la permanencia de una infracción con riesgo para la seguridad e higiene en el trabajo"[471]. Para determinar la existencia o no de previsión procede un estudio de si por parte de la empresa se cumplen las disposiciones contenidas en las normas aplicables en relación con la clase de trabajo que realice el trabajador accidentado[472].

2.3.2 El deber de vigilancia y elección como concreciones de la deuda de seguridad y salud en el trabajo.

A) El deber de vigilancia.

---

[466] STSJ de País Vasco de 30 de noviembre de 1998 (AS 1998/4989).

[467] SSTSJ de Baleares de 17 de julio de 1992 y La Rioja de 2 de septiembre de 1998 (AS 1992/3924 y 1998/2554, respectivamente).

[468] La STSJ de Navarra de 28 de diciembre de 1998 (AS 1998/4766) considera "riesgo desproporcionado" la manipulación de una maquinaria con ritmo de producción en serie a cargo de un trabajador en donde, la monotonía y el cansancio, unido a la edad y deficiencias físicas y funcionales, eleven el riesgo de accidente.

[469] STSJ de País Vasco de 20 de octubre de 1998 (AS 1998/4920). En este sentido, la STS de 26 de abril de 1974 sanciona a la empresa al no existir las medidas de seguridad necesarias para proteger la integridad corporal de los trabajadores (RJ 1974/1804).

[470] STS de 14 de octubre de 1981 (RJ 1981/3758).

[471] STS de 28 de junio de 1976 (RJ 1976/4395).

[472] STS de 2 de noviembre de 1971 (RJ 1971/4696).

Una de las manifestaciones más importantes que derivan de la obligación de seguridad que recae sobre el empresario es la referente al deber de vigilancia de las medidas de protección y prevención que se hayan adoptado[473]. Deber que, como indica la STS de 29 de Septiembre de 1970, "incumbe al patrono en la realización de los trabajos, previas las medidas de seguridad indispensables"[474].

Más recientemente, la STSJ del País Vasco de 7 de enero de 1997, considera que este deber recae sobre el empresario "por la potestad de dirección de la empresa en orden a lo que disponen las normas de seguridad"[475] y supone "la vigilancia (...) sobre la forma en que se desarrollaba la actividad"[476]. Además, la STSJ del País Vasco de 13 de julio de 1993, manifiesta que el empresario "es el que debe pechar con las consecuencias de la falta de vigilancia" correspondiéndole al mismo, por tanto, realizar estas labores[477].

Este deber de vigilancia supone la obligación de vigilar la forma en que se realiza el trabajo en orden a la adopción de las medidas de seguridad necesarias para efectuarlo con las debidas garantías[478], estando atenta la empresa a las medidas precautorias en seguridad e higiene[479]; y verificando el cumplimiento de aquellas medidas que se hubieran adoptado[480], debiendo entenderse que se produce una culpa *in vigilando* del empresario cuando no agota la diligencia "exigible a un prudente empleador"[481] o "a un buen padre de familia"[482], produciéndose una falta de vigilancia de las medidas de

---

[473] Deber de vigilancia que en ocasiones se verá complementado, como señala la STS de 21 de octubre de 1981 (RJ 1981/3769), con el de asistencia.

[474] RJ 1970/3645.

[475] AS 1997/98.

[476] STSJ de Cataluña de 22 de octubre de 1999 (AS 1999/3487).

[477] AS 1993/3384.

[478] STS 17 de octubre de 1973 (RJ 1973/3827).

[479] STSJ de País Vasco de 31 de octubre de 1994 (AS 1994/4081).

[480] SJS n° 25 de Madrid de 31 de marzo de 2000 (JS 2000/961).

[481] STSJ de Castilla y León de 10 de julio de 1996 (AS 1996/3222).

[482] STSJ de Cataluña de 3 de diciembre de 1996 (AS 1996/4956).

seguridad[483]. En definitiva, se trata de "una carencia de control adecuado sobre las actividades que se desarrollan en su entorno"[484].

B) Límites del deber de vigilancia.

La principal cuestión que suscita el cumplimiento del deber de seguridad consiste determinar hasta dónde alcanza la labor de vigilancia del empresario pues no debe entenderse como una obligación empresarial de "permanente vigilancia del personal en orden a la lógica observancia de los medios de seguridad establecidos"; pues este planteamiento excede en mucho el límite de la deuda de seguridad, máxime en los casos en que el trabajador sea conocedor de la maquinaria y de sus riesgos, "por ser el responsable de su reparación y mantenimiento"[485].

Además, como indica la STSJ de País Vasco de 19 de noviembre de 1996, el control de cada acto que realiza el trabajador comporta el empleo de una serie de medios técnicos y humanos que hace inviable la actividad empresarial[486]. Y lo anterior se complementa con que una constante vigilancia "pugnaría con la propia dignidad (...) del trabajador"[487].

Por tanto, el deber de vigilancia del empresario no supone la fiscalización constante minuto a minuto de todas las operaciones ejecutadas en el seno del ciclo productivo. De tal forma que al empresario no debe exigírsele una vigilancia continua en cada una de las labores -especialmente cuando en la empresa exista una figura encargada de la inspección del proceso productivo[488]- pues, como señala la STSJ de Andalucía de 17 junio de 1993, la obligación *"in vigilando* " de aquel no supone que la empresa se convierta en

---

[483] STSJ de Castilla y León de 7 de julio de 1993 (AS 1993/3362).

[484] STSJ de Castilla-La Mancha de 23 de junio de 1999 (AS 1999/2303).

[485] STSJ de Canarias de 10 de diciembre de 1993 (AS 1993/5197). En idéntico sentido, STSJ de Asturias de II de diciembre de 1998 (AS 1998/4409). Igualmente, la STS de 10 de marzo de 1987 (RJ 1987/1377), entiende que no hay infracción de la obligación empresarial de seguridad y salud en el trabajo, puesto que el trabajador lesionado llevaba 14 años desempeñando la función de reparación de máquinas y su mantenimiento, "antigüedad que presupone competencia y pleno conocimiento de la diligencia y cuidado con el que se ha de proceder en cada caso concreto". La STSJ de Aragón de 6 de octubre de 1999 (AS 1999/3376), considera que el deber tutelar de la empresa "no puede llegar a extremos de tratar al trabajador adulto y responsable como si de un sujeto incapaz se tratase".

[486] AS 1996/3766.

[487] STSJ de Castilla y León de 30 de mayo de 1995 (AS 1995/2058).

[488] STSJ de Andalucía de 7 de junio de 1994 (AS 1994/2390).

"vigilante permanente de la actitud de los trabajadores", si bien "el cuidado y la organización del trabajo" corresponden a la misma[489].

En parecido sentido, la STS de 9 de marzo de 1983, considera que la Ley atribuye al patrono la obligación de hacer efectiva la aplicación de los mecanismos y demás medios preventivos establecidos en las disposiciones legales y reglamentarias para evitar los accidentes de trabajo, pero "una vez adoptadas las medidas (...) no impone a los representantes legales de la empresa que estén presentes vigilando en las naves de trabajo"[490].

Del mismo modo, se aludía a este planteamiento en el año 1971 disponiendo la STS de 18 de enero que si bien sobre las empresas recae el deber y la subsiguiente responsabilidad por omisión de la vigilancia por parte de los trabajadores de las medidas de seguridad, esto no debe entenderse como una labor que pueda exigirse hasta el extremo de "observar si cada uno de los obreros y en cada momento cumplieron las órdenes" empresariales[491].

Por lo anterior, no resulta exigible pretender una permanente presencia del empresario en las tareas que los trabajadores realizan a lo largo del día[492], ni obligar al empleador a una perpetua vigilancia sobre todos los trabajadores para avisar o evitar de un riesgo que está a la vista de todos[493]. Asimismo, la obligación de velar por la salud de los trabajadores no puede llevarse hasta el extremo de controlar conductas no previsibles de los trabajadores susceptibles de ser calificadas como negligencias graves[494], ni a ejercer una labor de

---

[489] AS 1993/3103. STCT de 21 de enero de 1986 (RTCT 1986/291) y STSJ de Andalucía de 9 de octubre de 1992 (AS 1992/6571). En sentido opuesto al mantenido por las sentencias citadas, la STSJ de Aragón de 7 de diciembre de 1994 (AS 1994/4722), considera que empresa debe encontrarse en una continua vigilancia en el cumplimiento de las normas.

[490] RJ 1983/3253.

[491] RJ 1971/315. O como señala la STSJ de Castilla y León de 19 de diciembre de 1995 (AS 1995/4690), la obligación *in vigilando* no comporta la presencia permanente de un directivo o encargado de la empresa vigilando la realización del trabajo en cada puesto a lo largo de la jornada laboral.

[492] STSJ de Andalucía de 9 de octubre de 1992 (AS 1992/6571). La STSJ de la Comunidad Valenciana de 17 de abril de 1991 (AS 1991/2686), considera que el empresario no puede "estar vigilando de cerca constantemente a todos y cada uno de los trabajadores".

[493] En estos casos la SSTSJ de Castilla y León de 26 de enero y 25 de mayo de 1998 (AS 1998/294 y AS 1998/3303, respectivamente), consideran que tal conducta excedería a criterios de razonabilidad.

[494] STS de 20 de marzo de 1985 (RJ 1985/1356), STSJ de Castilla y León de 18 de junio de 1991 (AS 1991/3827). En la STS de 5 de marzo de 1996 (RJ 1996/2163), se pone de manifiesto que no cabe atribuir ningún reproche al "titular de la maquinaria de soldadura cuando sin su consentimiento se realizaba una actividad ajena a la de soldadura".

vigilancia de la conducta del trabajador cuando este se encuentre fuera de la jornada laboral[495].

Pero a pesar de lo manifestado en los párrafos anteriores, el empresario sí debe controlar que los medios materiales y las instrucciones facilitadas a los trabajadores sean cumplidas, pues es "la empresa, a través de sus encargados o mandos intermedios, a quien es exigible vigilar e imponer el cumplimiento de las medidas de seguridad concretas y adecuadas en cada caso (...) sin que la actuación del propio trabajador pueda exonerar la responsabilidad de la empresa"[496]. En este sentido, la STS de 22 de septiembre de 1987, entiende que el empresario debe realizar una labor de vigilancia de las medidas de precaución exigidas para el normal desarrollo del trabajo[497].

Por tanto, la obligación de vigilancia, que recae sobre el empresario, obliga a dar órdenes e instrucciones concretas para garantizar la utilización -por parte de los trabajadores- de aquellos medios protectores y medidas preventivas facilitados por el empresario y a ejercer labores de control y vigilancia que permitan garantizar la utilización de dichos instrumentos[498], impidiendo, de este modo, dejar al arbitrio de los trabajadores su utilización[499].

Así, las SSTSJ de Cataluña de 27 de abril de 1994 y 13 de junio de 1995, entienden que este deber del empresario incluye la vigilancia y control de que las órdenes al respecto se pongan en práctica[500]. Hasta tal punto es exigida la vigilancia de las órdenes que el empresario se proclama responsable cuando se produzca el accidente y no hubiera comprobado la ejecución de la orden dada "en términos suficientes para alejar el peligro"[501].

Y a través de esta vigilancia en el cumplimiento de las instrucciones empresariales se intenta no sólo proteger a los trabajadores del riesgo genérico

---

[495] La STS de 4 de febrero de 1983 (RJ 1983/6019), considera que "no resulta equitativo exigir control del personal que cesó en su jornada laboral.

[496] STSJ de Cataluña de 15 de septiembre de 1998 (AS 1998/3944).

[497] RJ 1987/6268.

[498] STSJ de Galicia de 11 de febrero de 1998 (AS 1998/431).

[499] STSJ de País Vasco de 20 de octubre de 1998 (AS 1998/4920).

[500] AS 1994/1492 y 1995/2384, respectivamente.

[501] STS de 7 de octubre de 1969 (RJ 1969/4612).

que crea o exige el servicio encomendado, sino también prevenir las ordinarias imprudencias profesionales[502]. Por ello, aunque el trabajador se encuentre en posesión de las medidas de seguridad, el empresario no queda exento de responsabilidad -en caso de producirse un accidente- si no demuestra que exige a los trabajadores su utilización[503].

En definitiva, se entiende cumplida la labor de vigilancia del empresario cuando se encargue de que el trabajador disponga de los medios de seguridad eficaces y reglamentariamente ordenados, estando advertido de la obligatoriedad de su uso y sometido a la fiscalización que al respecto proceda, "con la periodicidad razonable y sujeto a las medidas disciplinarias que merezca por prescindir de las medidas de seguridad o desobedecer la orden de ser utilizados[504].

En este sentido, la STS de 22 de abril de 1989, dispone que el deber de seguridad del empresario obliga a exigir al trabajador la utilización de los medios o dispositivos de seguridad preventivos del riesgo, impidiendo, si ello fuera necesario, la actividad laboral de quienes, por imprudencia o negligencia, incumplan el debido uso de aquéllos; incluso a través del ejercicio de la actividad disciplinaria[505]. Se trata, pues, de realizar "una vigilancia razonable para que el trabajo se realice conforme a las normas de seguridad"[506]; abarcando esta tarea, de manera general, las condiciones donde los trabajadores desarrollen sus labores[507].

En sentido contrario -y erróneo- a las líneas anteriores se expresa la STS de 20 de marzo de 1986, que considera que la empresa obra con la diligencia de un buen padre de familia, para prevenir el daño, suministrando al trabajador los medios adecuados para evitar el posible peligro sin que, por ello, pueda exigírsele la adopción de otras medidas no requeridas normal y razonablemente en las condiciones en que se desarrolla el trabajo[508].

---

[502] STS de 22 de octubre de 1982 (RJ 1982/5794).

[503] STS de 27 de enero de 1971 (RJ 1971/373).

[504] STSJ de Asturias de 31 de enero de 1997 (AS 1997/215).

[505] RJ 1989/2877. Manteniendo esta línea jurisprudencial SSTS de 27 de mayo y 14 de octubre de 1996 (RJ 1996/4496 y 1996/7528, respectivamente) y 27 de marzo de 1998 (RJ 1998/2869).

[506] STSJ de Cantabria de 2 de septiembre de 1992 (AS 1992/4536).

[507] STS de 3 de octubre de 1969 (RJ 1969/4607).

[508] RJ 1985/1356.

Igualmente, la STS de 19 de febrero de 1980, dispone que basta con que se establezca una prohibición de trabajo para un determinado trabajador para exonerar a la empresa de obligaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo en el supuesto de que se produjese un accidente derivado de la utilización por el trabajador de la máquina que tiene prohibida[509].

Por tanto y, a pesar de lo sostenido en diversas sentencias, -que entienden que "el cometido de la empresa concluye con proporcionar los medios de seguridad y dar las órdenes precisas" siendo, a partir de este momento "responsabilidad del trabajador el actuar bajo tales circunstancias"; pues excede de la obligación empresarial "la permanente vigilancia del personal en orden a la observancia de los medios de seguridad establecidos"[510]-, merece mayor aceptación (de acuerdo con la finalidad de la LPRL) la tesis de que el deber del empresario no consiste, únicamente, en proporcionar los adecuados mecanismos de seguridad; sino en instruir sobre su utilización y obligar a su uso a los trabajadores[511]. Siendo posible sancionar a la empresa por el hecho de que se haya limitado a tenerlos a disposición de los trabajadores[512]. Por tanto, sobre estos mecanismos de seguridad se exige "su efectivo uso y protección por parte de todos los que intervienen en el proceso productivo"[513] no limitándose, en palabras de la STSJ de Navarra de 10 de mayo de 1996, "sólo a detallar los mecanismos y medidas de protección"[514].

En definitiva, el límite al deber de vigilancia del empresario se establece en que el accidente tenga lugar por una imprevisible avería o error mecánico de

---

[509] RJ 1980/721.

[510] STCT de 7 de abril de 1986 (RTCT 1986/2233) y STSJ de Andalucía 21 de febrero de 1995 (AS 1995/445).

[511] STS de 6 de marzo (RJ 1980/800) y STSJ de Galicia de 20 de febrero de 1998 (AS 1998/120). En opinión de la STSJ de Cataluña de 1 de marzo de 2000 (AS 2000/839), no basta con poner a disposición de los trabajadores los distintos medios o instrumentos que puedan evitar el riesgo sino que resulta necesario dar las órdenes e instrucciones concretas para su utilización, así como vigilar y controlar su puesta en práctica por los operarios.

[512] En la STSJ de Murcia de 3 de diciembre de 1991 (AS 1991/6539) los encargados se limitaron a poner a disposición de los trabajadores "cinturones y cualquier otro elemento de seguridad" sin que en ninguna ocasión se sancionara a los trabajadores por no adoptar las reglamentarias medidas de seguridad.

[513] STS de 22 de abril de 1989 (1989/2877).

[514] AS 1996/1488.

manera fortuita[515], o por negligencia del trabajador[516], siempre que la empresa tenga las condiciones de seguridad precisas para efectuar los trabajos[517]. De esta forma, el empresario no responde por hechos causales independientes del riesgo nacido de la propia índole de los trabajos realizados por los empleados[518].

Por último, cabe señalar que la específica obligación de la empresa de vigilar el acatamiento de la normativa de prevención de riesgos laborales se complementa con la de "exigir el cumplimiento de las medidas de seguridad en el trabajo"[519]. Y la ausencia de esta vigilancia y control denota que la empresa infringe las normas de seguridad y salud en el trabajo[520]. Será, pues, preciso que el empresario obligue a asumir las medidas de seguridad adecuadas que estén a disposición del trabajador y "la inhibición" de esta conducta empresarial implicará "la asunción (...) de la responsabilidad por el siniestro"[521].

El deber de vigilancia también debe abarcar el seguimiento del estado de las condiciones de trabajo en la empresa pues, como señala la STS de 30 de octubre de 1969, cae responsabilidad sobre el empresario que no ejerza la debida vigilancia para la reparación de aquellas cuestiones que se encuentren en malas condiciones[522].

C) El deber de elección.

Junto al deber de vigilancia surge hacia el empresario la obligación de llevar a cabo un comportamiento dirigido a escoger las medidas más

---

[515] STS de 15 de noviembre de 1961 (RJ 1961/3928).

[516] Actuar negligente que comporta que se trasladen sobre el trabajador, en exclusiva, las consecuencias del accidente, STSJ de Cataluña de 8 de abril de 1993 (AS 1993/1833).

[517] STS de 15 de noviembre de 1961 (RJ 1961/3928).

[518] STS de 18 de enero de 1967 (RJ 1967/640). La STS de 19 de diciembre de 1968 (RJ 1968/5673), considera que, al deberse el accidente a un hecho causal, sobre el empresario no puede recaer responsabilidad alguna derivada del mismo.

[519] STSJ de 23 de enero de 1998 (AS 1998/558).

[520] STSJ de País Vasco de 20 de septiembre de 1991 (AS 1991/4900).

[521] STSJ de Cataluña de 15 de abril de 1998 (AS 1998/2368).

[522] RJ 1969/4713.

apropiadas para salvaguardar la seguridad y salud de los trabajadores[523]. De manera que se considera incumplido este deber cuando el empresario utilice medios o instrumentos de trabajo carentes de los exigibles dispositivos de seguridad o precaución[524], lo que supone una falta de cuidado empresarial en la ejecución del trabajo a realizar[525].

2.3.3 Influencia de la imprudencia del trabajador en la deuda de seguridad empresarial.

En la modulación de la deuda de seguridad resulta interesante la influencia del comportamiento de los trabajadores, pues su imprudencia o negligencia es causa significativa a la hora de establecer el cumplimiento o no de la obligación empresarial de seguridad y salud en el trabajo; ya que su conducta puede constituirse en "causa eficiente de su propio daño"[526].

Así, en ocasiones, como indica la STSJ de Extremadura de 14 de julio de 1997, la imprudencia del trabajador se convierte en un argumento muy socorrido que, de aceptarse sin más, daría lugar a que en pocas ocasiones pudiera exigirse a la empresa responsabilidades en materia de seguridad y salud en el trabajo, ya que en la mayoría de los accidentes de trabajo, junto a la omisión de las medidas de seguridad, interviene de forma decisiva la actitud del trabajador o de sus compañeros[527].

En principio, la actuación del trabajador debe ceñirse al desempeño de su actividad laboral de forma adecuada y se rige por la razonable diligencia que al trabajador se le supone, con independencia de que la reiteración en el modo de operar -siempre que responda a criterios de diligencia y profesionalidad-

---

[523] STSJ de País Vasco de 19 de enero de 1999 (AS 1999/2858). Para demostrar la culpa *in eligendo* del empresario será necesario, como señala la STSJ de Andalucía de 14 de enero de 1998 (AS 1998/713), que no hubiera dispositivos obligatorios de seguridad y que no se cumpliera alguno de los requisitos que establece la normativa específica si fuera susceptible de aplicación. En igual sentido se expresa la STSJ de País Vasco de 7 de enero 1997 (AS 1997/98).

[524] STSJ de Cantabria de 23 de diciembre de 1996 (AS 1996/4048).

[525] STSJ de Castilla-La Mancha de 23 de junio de 1999 (AS 1999/2303).

[526] STSJ de Asturias de 23 de julio de 1999 (AS 1999/2523). Igualmente, STSJ de Navarra de 17 de febrero de 2000 (AS 2000/176).

[527] AS 1997/2913.

pueda determinar una confianza en su desarrollo que, en un momento dado, desemboque en una situación de riesgo para su integridad física o psíquica[528].

Parece, pues, acertada la consideración de la STS de 11 de febrero de 1969 en la que, al definir la deuda de seguridad a cargo del empresario, dispone que se encuentra "normada por disposiciones de derecho necesario"; respondiendo no sólo a la finalidad de proteger al trabajador del peligro genérico que crea o exige el servicio encomendado, "sino además a las ordinarias imprudencias profesionales del mismo"[529]. Por ello, la STS de 30 de marzo de 1992, considera que la conducta del empresario resulta sancionable a pesar de la "posible imprudencia" del trabajador[530].

En este sentido, y transcurridos varios años, se determinó normativamente -según el art. 15.4 LPRL-, que la efectividad de las medidas preventivas adoptadas en la empresa debe prever las distracciones o imprudencias no temerarias que pudiera cometer el trabajador[531]; lo que determina que la culpa profesional del trabajador no hace desaparecer ni atenúa la responsabilidad del empresario en cuanto a las consecuencias básicas del accidente[532].

Así, resulta inoperante -en la exención de responsabilidad empresarial- la imputación de que la actitud del trabajador fuera la desencadenante del

---

[528] STSJ de Cataluña de 9 de marzo de 1993 (AS 1993/1514).

[529] RJ 1969/596. En idéntico sentido, STS de 6 de abril de 1971 (RJ 1971/1925).

[530] RJ 1992/2810. En opinión de la STS de 28 de febrero de 1979 (RJ 1979/699), en materia de seguridad y protección del trabajo, 10 que la Ley sanciona es el incumplimiento de medidas de seguridad, con independencia de las consecuencias que del accidente puedan derivarse para con relación a la integridad física de los trabajadores. La STS de 3 de febrero de 1964 (RJ 1964/903), entiende que la imprudencia profesional no exime de responsabilidad a la empresa.

[531] Las SSTS de 26 de octubre de 1976 y 14 de febrero de 1978 (RJ 1976/5600 y 1978/682, respectivamente), extienden el deber de protección del empresario incluso a la misma imprudencia profesional del obrero. La STS de 22 de octubre de 1977 (RJ 1977/4365), considera que "el patrono ha de defender al trabajador, incluso de sus propias imprudencias". La STS de 16 de octubre de 1969 (RJ 1969/4663), entiende que forma parte de la deuda de seguridad del empresario la protección frente a las imprudencias profesionales del propio trabajador. En contra de estas opiniones, la STSJ de Castilla y León de 25 de mayo de 1998 (AS 1998/3303), entiende que no puede hablarse de culpa *in vigilando* del empresario cuando se produzca el accidente por la conducta imprudente del trabajador, ya que todas las medidas adicionales y mecanismos de protección que se hubieran podido instalar habrían resultado ineficaces o cuando el accidente tenga su origen en una conducta temeraria; como sería el supuesto contemplado en la STSJ de Cantabria de 27 de noviembre de 1992 (AS 1992/5595), en donde un experto conocedor de los riesgos de su empresa omitió las precauciones elementales.

[532] SSTSJ del País Vasco de 26 de enero de 1999 (AS 1999/2860) y Castilla y León de 28 de Febrero de 2000 (AS 2000/1409).

accidente debido a su distracción[533]; o que tenga encaje en frecuentes descuidos cometidos por todos en el desarrollo de sus tareas profesionales[534]; o debido a su impericia[535]; o confiado en la pericia profesional[536].

En definitiva, no puede enervar la relación causal entre la omisión empresarial y las lesiones sufridas por el trabajador el hecho de la conducta descuidada de éste[537]. Además, como señala la STSJ de Murcia de 15 de octubre de 1997, la imprudencia profesional del trabajador es excusable "al dimanar de la confianza que es connatural en la habitualidad y monotonía de la actividad laboral"[538].

Por tanto, existen situaciones en que cuando se produzca el accidente, y con independencia de la conducta dolosa o negligente del trabajador el empresario será responsable del incumplimiento de la obligación de seguridad. En este sentido se expresa la STS de 29 de mayo de 1970, cuyo contenido extiende de un modo excesivo -y, por tanto, erróneo- la deuda de seguridad del empresario, pues le considera responsable a pesar de que el accidente se originó por desobedecimiento de las órdenes dadas por el encargado al trabajador[539].

---

[533] STS de 21 de febrero de 1979 (RJ 1979/680). La STS de 17 de marzo de 1975 (RJ 1975/1306), no se exonera a la empresa de responsabilidad a pesar de la actitud imprudente del trabajador al "desunir momentáneamente el cinturón de su anclaje".

[534] STS de 25 de octubre de 1972 (RJ 1972/5422).

[535] STS de 24 de diciembre de 1974 (RJ 1974/5222).

[536] STSJ de Cataluña de 17 de noviembre de 1997 (AS 1997/3931). La STSJ de Castilla y León de 16 de abril de 1991 (AS 1991/2867), considera que al sobrevalorar el trabajador su pericia y conocimientos profesionales, lo que ocasionó la descuidada conducta del mismo y el consiguiente daño, la empresa -que cumplía con las oportunas medidas de seguridad- debe quedar exonerada. La STS de 9 de febrero de 1963 (RJ 1963/832), considera el proceder del trabajador se debió "a la confianza en su práctica o costumbre de llevar a cabo semejantes operaciones".

[537] STSJ de Asturias de 24 de enero de 1997 (AS 1997/214). La STSJ de Asturias de 5 de marzo (AS 1999/413), dispone que la relativa imprudencia del trabajador no elimina la posibilidad del recargo al no ser suficiente para romper el nexo causal entre la omisión de la medida de seguridad y la producción del accidente.

[538] AS 1997/4154. En parecido sentido se expresa la STSJ de Cataluña de 17 de septiembre de 1996 (AS 1996/4444), al entender que no basta que la actuación del trabajador se produzca por la confianza en la ejecución del trabajo para responsabilizar al mismo exclusivamente del accidente.

[539] RJ 1970/2995.

Y para determinar si el empresario quebrantó la deuda de seguridad es necesario establecer si, o bien la empresa actúa negligentemente[540], creando una situación de riesgo que origina lesiones en el trabajador[541]; o bien infringe "alguna concreta norma de seguridad y ésta, de haberse cumplido, lo hubiera evitado o minorado", pues en estos casos se entiende incumplida su obligación[542].

Así, es conocida opinión jurisprudencial la que mantiene que la facultad organizadora de la empresa comporta la "escrupulosa observancia de las medidas preventivas en la seguridad del trabajador, no siendo enervada tal obligación por la posible imprudencia del trabajador"[543]. En este sentido, la STS de 20 de octubre de 1976, considera que aparte de la imprudencia que pueda apreciarse en el actuar del trabajador, es determinante la inexistencia de los elementos de seguridad[544].

Lo anterior exige del trabajador que en el desempeño de su trabajo adopte las "medidas mínimas de precaución"[545], pues no todos los siniestros producidos en un centro de trabajo lo son por falta de medidas de seguridad o por no haber previsto el evento[546]. Esto se traduce -en opinión de la citada sentencia de 6 de julio de 1998- en que el operario cometió imprudencia desde el momento en que "desobedeció las advertencias ti órdenes de los encargados de que no realizara ninguna actividad hasta que estuvieran éstos presentes".

Por tanto, se pueden dar situaciones en que la imprudencia del trabajador libere al empresario de culpa pues, en ocasiones, el accidente de

---

[540] STSJ de Galicia de 30 de septiembre de 1998 (AS 1998/2342).

[541] La STS de 12 de diciembre de 1989 (RJ 1989/8741), señala la actuación negligente de la empresa al exponer al trabajador "en condiciones de trabajo sin la menor consideración, en un máximo de peligrosidad con olvido de las más elementales reglas de humanidad".

[542] SSTS de 18 de febrero de 1997, 30 de octubre de 1980 y 24 de julio de 1989 (RJ 1997/1102 1980/3774 y 1989/5654, respectivamente). También SSTSJ de País Vasco de 12 de septiembre de 1995 (AS 1995/3451), 29 de diciembre de 1995 (AS 1995/4769), 7 de mayo de 1996 (AS 1996/3109), 14 de mayo de 1996 (AS 1996/3121) y 11 de marzo de 1997 (AS 1997/1770).

[543] STS de 4 de octubre de 1976 (RJ 1976/4973). Más actuales las SSTS de 2 de julio y 24 de septiembre de 1996 (RJ 1996/5605 y 1996/6796, respectivamente).

[544] RJ 1976/5376.

[545] STSJ de Cataluña de 6 de Julio de 1998 (AS 1998/3459).

[546] STSJ de País Vasco de 30 de noviembre de 1998 (AS 1998/4989).

trabajo no ocurre propiamente por la falta de medidas de seguridad[547], y sí por la conducta del trabajador que -para que opere la exoneración- debe estimarse decisiva en la producción del accidente[548]. Para la STS de 13 de abril de 1963, debe consistir en una actuación "extraña, voluntaria e independiente"[549]; fundada en el anómalo proceder del accidentado[550]. En definitiva, se trata de situaciones en que la culpa de la víctima exonera al empleador cuando constituye el único fundamento del resultado[551].

A pesar de lo señalado, se sostiene -erróneamente- que el cometido de la empresa "concluye con dar las órdenes precisas y establecer los necesarios medios de seguridad; siendo, a partir de tal situación, responsabilidad del trabajador el actuar bajo tales circunstancias"[552]; exigiéndole únicamente al empresario "la instalación de los suficientes mecanismos de seguridad que permitan evitar cualquier resultado lesivo"[553]; debiendo el trabajador adoptar "las mínimas precauciones exigibles"[554].

Así, la STSJ de País Vasco de 13 de febrero de 1991 entiende que si el trabajador al efectuar una tarea que tiene encomendada sigue instrucciones distintas de las aportadas por la empresa no existe responsabilidad exigible a la misma "y sí sólo a la conducta del operario"[555] que realiza una actuación

---

[547] STSJ de Galicia de 30 de enero de 1998 (AS1998/283).

[548] SSTSJ de Castilla y León de 6 de marzo de 2000 (AS 2000/1438) y 18 de junio de 1991 (AS 1991/3827) y Cataluña de 28 de enero de 1999 (AS 1999/1103) y 21 de junio de 1999 (AS 1999/2426).

[549] RJ 1963/2592.

[550] STSJ de Galicia de 14 de abril de 1999 (AS 1999/968).

[551] STSJ de Castilla y León de 17 de enero de 2000 (AS 2000/677). Un claro ejemplo de cómo la conducta del trabajador influye en la producción del accidente en la STSJ de Castilla-La Mancha de 25 de Febrero de 2000 (AS 2000/1212).

[552] STSJ de Cananas de 10 de diciembre de 1993 (AS 1993/5197).

[553] STSJ de Cataluña de 17 de septiembre de 1998 (AS 1998/3947).

[554] STSJ de Navarra de 16 de enero de 1997 (AS 1997/326).

[555] AS 1991/1068. La STS 31 de mayo de 1976 (RJ 1976/3047), pone de manifiesto que el trabajador recibió órdenes expresas de no realizar las acciones que desencadenaron el accidente". En opinión de la STSJ de Cataluña de 8 de enero de 1998 (AS 1998/463), la "negligencia del propio trabajador al intentar efectuar la reparación de forma incorrecta" no supone infracción de la obligación de seguridad del trabajador.

irreflexiva e imprudente[556], a pesar de que el desempeño de la actividad productiva debía realizarse con toda precaución y cuidado[557].

Igual consecuencia deviene cuando el accidente o enfermedad profesional "no sobrevino por inobservancia de medidas de seguridad, sino por realizar el operario por su cuenta una actividad que nadie le había encomendado, y sin adoptar las medidas de seguridad que la situación precisaba"; siendo, por tanto, la causa desencadenante del suceso la improcedente conducta del operario accidentado[558], pues las medidas existentes en el momento del accidente, de haber sido cumplidas por el trabajador, eran suficientes para cubrir el deber de seguridad genérico y específico previsto en la normativa[559].

Del mismo modo, quedaría exonerado de responsabilidad el empresario cuando el trabajador realice tareas sin tener en cuenta las "las advertencias u órdenes del encargado"[560], omitiendo los medios a su alcance[561]; o cuando no se utilicen las medidas de seguridad que tenía a su disposición siendo esta causa la determinante en la producción del suceso[562]; o

---

[556] STSJ de Galicia de 16 de noviembre de 1994 (AS 1994/4477).

[557] STSJ de Cataluña de 6 de abril de 1992 (AS 1992/2241).

[558] SSTSJ de Cataluña de 3 de marzo y Comunidad Valenciana de 17 de noviembre de 1992 (AS 1992/1668 y 1992/5882, respectivamente). En la STS de 27 de febrero de 1986 (RJ 1986/640), se considera negligente la actuación de un trabajador que acude a solucionar el un problema en otra empresa sin conocer los peligros que comporta la acción ni la forma de llevarla a cabo con las adecuadas medidas de seguridad. La STSJ de Andalucía de 18 de diciembre de 1997 (AS 1997/5000), entiende que no existe responsabilidad de la empresa frente a un trabajador que se excede de sus funciones "de motu propio" al no haber recibido instrucción alguna sobre la realización de unas funciones para las que no estaba cualificado. La STS de 30 de septiembre de 1965 (RJ 1965/4457), califica la conducta del trabajador, en estos supuestos, como desidiosa.

[559] STSJ de Asturias de 6 de mayo de 1994 (AS 1994/1885).

[560] STSJ de Cataluña de 17 de septiembre de 1998 (AS 1998/3947). La STS de 20 de marzo de 1984 (RJ 1984/1464) señala que al revelar las circunstancias que el hecho tuvo su origen en una actuación espontánea y unilateral de un trabajador, contraviniendo la prohibición genérica de la empresa y la específica que le hizo su jefe de equipo, la empresa no incurre en infracción de las medidas de seguridad y salud en el trabajo. Igual conclusión recoge la STS de 25 de mayo de 1983 (RJ 1983/2511), al no utilizar el trabajador el cinturón de seguridad pese a tenerlo a su disposición y a las indicaciones de su uso que les hizo el jefe de producción o, como señala la STS de 9 de julio de 1970 (RJ 1979/3638), al despojarse del mismo contraviniendo las órdenes recibidas. Merece también aludir, en la línea de las enumeradas anteriormente, la STS de 4 de febrero de 1972 (RJ 1972/477).

[561] STSJ de Andalucía de 2 de diciembre de 1997 (AS 1997/4625).

[562] STS de 21 de abril de 1988 (RJ 1988/3010). En este supuesto el trabajador no utilizó un medio de aviso supletorio, debido a la imposibilidad de usar el normal dispuesto al efecto, para lograr la parada de la máquina que debía ser reparada; lo que ocasionó el consiguiente accidente.

cuando mienta al empresario[563]; o cuando el trabajador anteponga la comodidad en el desempeño de la actividad laboral al respeto de las medidas de seguridad[564].

También, la actuación del trabajador de retirar la protección sin justificación alguna se estima decisiva a la hora de determinar la exoneración de la responsabilidad de la empresa[565]. Igualmente se aleja de la misma cualquier responsabilidad cuando "la producción del resultado lesivo tiene como causa la incorrecta manipulación de la máquina y no su avería"[566]. La toma de decisiones por parte del trabajador determina -de producirse el accidente- la imprudencia de la conducta cuando el procedimiento normal aconseja que los trabajos técnicos de medidas de seguridad deben realizarse "por parte de quienes estuviesen capacitados para el montaje (...) pues si el andamio se desprendió de uno de los puntos de fijación, no fue examinado por la empresa y no estaba provisto de barandillas, se debió a la oficiosidad de los propios accidentados que (...) lo instalaron sin contar con la empresa[567].

Esta imprudencia del trabajador es aún más grave en los supuestos en que el accidentado sea "conocedor y responsable de la instalación de los mecanismos de seguridad proporcionados por la empresa" aventurándose "a cruzar una pasarela cuyos tablones no estaban aún fijos, que carecía de barandilla y sin que debajo de la misma se hubiera llegado a instalar red u otro mecanismo de seguridad"[568], puesto que por la categoría del accidentado recae

---

[563] En la STS de 21 de julio de 1987 (RJ 1987/5445) se libera al empresario de responsabilidad, pues habiendo mandado realizar una determinada operación tendente a garantizar la seguridad y salud de los trabajadores, esta realmente no se produjo; sin que aquel tuviera indicios del engaño.

[564] STSJ de Murcia de 8 de abril de 1992 (AS 1992/1811). La STSJ de Madrid de 29 de diciembre de 1992 (AS 1992/6279), entiende que el siniestro no se debió a falta de medidas de seguridad, pues el trabajador realizó una conducta imprudente y peligrosa en un afán de ejercitar su tarea con mayor facilidad.

[565] STSJ de Castilla y León de 18 de junio de 1991 (AS 1991/3827).

[566] STSJ de Cantabria de 26 de febrero de 1991 (AS 1991/1206).

[567] STSJ de Madrid de 30 de octubre de 1992 (AS 1992/4959). En la STS de 28 de abril de 1992 (RJ 1992/2675), entiende que la conducta del trabajador al incumplir la indicación del encargado "constituye una negligencia atribuible exclusivamente al mismo".

[568] STSJ de Cataluña de 14 de octubre de 1993 (AS 1993/4539). La STS de 22 de noviembre de 1985 (RJ 1985/5371) y STSJ de Canarias de 21 de junio de 1996 (AS 1996/2338), señalan que queda desplazada toda responsabilidad de la empresa hacia el trabajador pues este ejercía funciones de responsable en la máquina en donde se produjo el accidente. En parecido sentido, la STS de 15 de octubre de 1971 (RJ 1971/3974) y la STSJ de Cataluña de 4 de mayo de 1994 (AS 1994/2035), en donde el no uso del cinturón de seguridad por el encargado supone un exceso de confianza que, por el hecho de

en él "el deber y las facultades delegadas de la empresa de establecer y hacer cumplir, y cumplir el mismo (...) las normas de seguridad e higiene"[569]. La gravedad también se aprecia en las situaciones en que el trabajador accidentado actúe con temeridad, exponiéndose a un riesgo innecesario "del que era conocedor y vulnerando toda elemental norma de prudencia"[570]. Será, pues, preciso concretar que no cabe apreciar infracción de las exigibles medidas de seguridad e higiene en el trabajo a la empresa, sino la mencionada imprudencia profesional.

Por último, y en la línea de estas opiniones judiciales que se consideran erróneas, el empresario no responde de actitudes imprudentes del trabajador cuando asuma un riesgo conocido e innecesario, aún cuando se propicie por la confianza generada en el trabajo[571] que, por regla general, resulta "del conocimiento del método y de la cantidad de veces que lleva a cabo dicho trabajo en la empresa"[572], debiéndose por tanto los accidentes "tan sólo a la imprevisión subjetiva de las víctimas"[573].

En definitiva, según estos criterios judiciales, el patrono debe quedar libre de toda responsabilidad -entendiéndose que cumple sus tareas preventivas- si se demuestra que la imprudencia del trabajador se produjo por actos ajenos al conocimiento y previsibilidad de aquel o después de

---

su categoría en la empresa exonera a la misma de responsabilidad en el accidente, puesto que una de las funciones de este trabajador era garantizar que todos los trabajadores usaran casco y cinturón de seguridad para evitar el riesgo de accidentes debiendo velar, de este modo, por el cumplimiento de las medidas de seguridad y prevención de accidentes o la STSJ de la Comunidad Valenciana de 12 de mayo de 1992 (AS 1992/2383), en donde el encargado del mantenimiento eléctrico no observó "las mínimas precauciones que le eran exigibles y que conocía" o la STSJ de la Comunidad Valenciana de 31 de diciembre de 1993 (AS 1993/5361), que entiende que no hay infracción de las normas de seguridad en el trabajo "imputables a la empresa sino a un descuido del propio trabajador accidentado".

[569] STSJ de Galicia de 10 de octubre de 1996 (AS 1996/3605).

[570] STSJ de País Vasco de 7 de abril de 1998 (AS 1998/2093). En la STS de 24 de abril de 1984 (RJ 1984/2163), el hecho luctuoso se debió a una inexplicable actuación imprudente de un técnico en la materia actuando con omisión de la diligencia debida a un trabajador experto, por lo que no puede responsabilizarse del accidente a la empresa ya que no cabe achacarle a la misma deficiencias protectoras.

[571] SSTSJ de Extremadura de 8 de abril de 1991 y Castilla y León de 15 de noviembre de 1994 (AS 1991/2485 y 1994/4428, respectivamente). La STS de 13 de septiembre de 1990 (RJ 1990/6837), estima que no cabe imputar a la empresa una conducta y un resultado desgraciado basado en un exceso de confianza del operario fallecido. En idéntico sentido se manifiesta la STS de 28 de mayo de 1975 (RJ 1975/2678), al señalar que el comportamiento del trabajador fue "confiado en exceso y descuidado".

[572] STSJ de Cataluña de 24 de mayo de 1993 (AS 1993/2541).

[573] STS de 9 de mayo de 1972 (RJ 1972/2436). En parecido sentido, STS de 29 de noviembre de 1966 (RJ 1966/5303).

advertencia específica del riesgo concreto de siniestralidad que es desatendida por el obrero[574].

De forma más moderada se expresa la STSJ de País Vasco de 15 de abril de 1998 indicando que "no cualquier imprudencia concurrente o concausal de la conducta del trabajador" que contribuya a su propio mal debe entenderse como causa que exonere a la empresa de responsabilidades en el cumplimiento del deber de seguridad que tiene encomendado[575].

Así, la deuda de seguridad, si bien debe extenderse hasta la prevención de las posibles imprudencias que pueda cometer el trabajador -para de este modo dar cumplimiento a lo preceptuado en el art. 15.4 LPRL-, no puede alcanzar a aquellas acciones que desemboquen en un accidente "manifiestamente imprudente alejado de toda racionalidad"[576] y cuando, además, "ante un actuar semejante ninguna medida adicional de seguridad se antoja como posible o eficaz"[577]. Por tanto, todos aquellos comportamientos del trabajador que sean susceptibles de calificarse como imprudencia temeraria exoneran de responsabilidad al empresario[578], la cual, normalmente, está basada en la omisión de precauciones elementales[579], sin que ante tan irreflexivas actitudes se alcance a comprender qué medidas de seguridad puede adoptar la empresa ni qué dispositivos eficaces pueden constituirse para evitar estas conductas de los operarios[580].

E incluso, desde una posición ecléctica, la STSJ de Cataluña de 15 de Septiembre de 1998, entiende que la actuación del trabajador accidentado, aunque no pueda exonerar la responsabilidad de la empresa, sí repercute en la

---

[574] SSTS de 9 y 26 de febrero de 1974 y 28 de mayo de 1975 (RJ 1974/453, 1974/1008 y 1975/2678, respectivamente). En la STSJ de Galicia de 20 de febrero de 1998 (AS 1998/120), el comportamiento de los trabajadores exonera la responsabilidad de la empresa pues realizaron una acción que había sido terminantemente prohibida por la empresa.

[575] AS 1998/2026.

[576] STSJ de Cataluña de 17 de marzo de 1998 (AS 1998/2467).

[577] STSJ de Castilla y León de 18 de septiembre de 1996 (AS 1996/2763).

[578] STSJ de País Vasco de10 de enero de 1995 (AS 1995/108). En parecidos términos STSJ de Castilla La Mancha de 30 de marzo de 1994 (AS 1994/1311).

[579] STSJ de Cantabria de 27 de noviembre de 1992 (AS 1992/5595).

[580] STSJ de Cataluña de 18 de marzo de 1992 (AS 1992/1728).

valoración para establecer la sanción impuesta[581]; pues si bien es cierto que el trabajador tiene derecho a que en la prestación de sus servicios disponga de una protección eficaz, no lo es menos que también se encuentra obligado a observar en su trabajo las medidas legales y reglamentarias de seguridad e higiene[582].

En este sentido, la STSJ de País Vasco de 30 de julio de 1993, considera que "tanto la imprudencia del trabajador como la falta de medidas de seguridad, fueron causas concurrentes para que el evento lesivo se produjese", lo que determina -a efectos prácticos- que si bien no se exonera de responsabilidad a la empresa si se gradúan, en función de estas circunstancias, las sanciones impuestas. Del mismo modo, la STS de 29 de septiembre de 1986, considera que, a pesar de la omisión de medidas de seguridad, existe una falta de atención por parte de los trabajadores accidentados a la hora de realizar el trabajo encomendado; lo que determina la minoración de la sanción impuesta a la empresa[583].

En idéntico sentido, se expresa la STSJ de País Vasco de 1 de diciembre de 1994, que establece que "la concurrencia de culpas del empresario y del trabajador en *iter* del accidente laboral" no excluye la responsabilidad del empleador, "sino tan sólo resulta operativa para modular" el porcentaje de la medida sancionadora[584]. Modulación que también debe llevarse a cabo cuando la conducta de la empresa se encuentre mitigada, ya no por actuaciones del propio trabajador, sino por la imprudente actuación de los compañeros de trabajo del accidentado[585]; o cuando la ausencia de las

---

[581] AS 1998/3944.

[582] STSJ de Castilla-La Mancha de 19 de abril de 1999 (AS 1999/1886).

[583] RJ 1986/5203. Esta posibilidad de graduación también se plantea en la STS de 31 de octubre de 1977 (RJ 1977/4103), ante la posibilidad, finalmente no demostrada, de que el trabajador hubiera incurrido en imprudencia en el desarrollo de su actividad.

[584] AS 1994/4984. Por su parte la STSJ de País Vasco de 18 de octubre de 1993 (AS 1993/4294), considera oportuno tener en cuenta la imprudencia del trabajador a "la hora de fijar el concreto porcentaje de recargo", pues aquella no exonera de responsabilidad al empresario. También SSTSJ de Asturias de 11 de diciembre de 1998 (AS 1998/4409), Galicia de 13 de febrero de 1998 (AS 1998/434), País Vasco de 20 de octubre de 1998 (AS 1998/4920), Aragón de 2 de marzo de 1994 (AS 1994/1317), 11 de noviembre de 1998 (AS 1998/4041) y Castilla y León de 21 de septiembre de 1998 (AS 1998/4480) y 26 de mayo de 1998 (AS 1998/3518). En sentido opuesto a los pronunciamientos judiciales enumerados, nos encontramos con una serie de sentencias en las que la imprudencia del trabajador sí impide la sanción de la empresa con un recargo de prestaciones, STSJ de la Comunidad Valenciana de 17 de noviembre y Madrid de 29 de diciembre de 1992 (AS 1992/5882 y 1992/6279, respectivamente).

[585] STSJ de Castilla y León de 13 de enero de 1998 (AS 1998/837).

medidas de seguridad no revista extrema gravedad[586]. Incluso, en ocasiones, la doctrina jurisprudencial se atiene a la de mayor relevancia, negando la existencia de recargo, cuando se presente de mayor importancia -a los efectos causales- la conducta del accidentado[587].

2.4 Formación.

Entre los distintos comportamientos que la obligación de seguridad y salud en el trabajo impone cabe destacar el deber de formar al trabajador, que adquiere máxima importancia cuando entra en juego su seguridad[588]. Se entiende incumplido al acreditarse que no fue impartida al trabajador la formación[589], llegando incluso a sancionar más gravemente al empresario cuando exista una relación precisa y directa entre la posible inexperiencia del trabajador, como causa, y el daño a la seguridad y salud del mismo o de sus compañeros, como efecto[590].

La obligación de formación del trabajador se encuentra regulada, de modo genérico, en el art. 19 LPRL[591] y en la normativa sectorial de seguridad e higiene. La necesidad del cumplimiento de esta obligación nace de la consideración de que todo trabajo -sin la debida preparación- comporta un riesgo, más o menos amplio, que puede evitarse con una adecuada capacitación que -como se señala más adelante- debe acreditarse como previa al desempeño de la actividad laboral[592].

Así, en los supuestos en que no conste por parte del trabajador una experiencia y conocimientos específicos del concreto puesto de trabajo, surge

---

[586] STS de 6 de diciembre de 1978 (RJ 1978/4436).

[587] STSJ de Cataluña de 18 de marzo de 1999 (AS 1999/389).

[588] STSJ de 31 de marzo de 1992 (AS 1992/1310).

[589] La STS de 6 de marzo de 1980 (RJ 1980/800) recoge un supuesto de incumplimiento de la obligación empresarial de seguridad y salud en el trabajo por instrucción no procurada al trabajador. La STSJ de Cataluña de 1 de marzo de 1999 (AS 1999/1135), mantiene la responsabilidad empresarial por falta de instrucción adecuada de los riesgos inherentes al trabajo a realizar.

[590] STSJ de Castilla y León de 17 de octubre de 1991 (AS 1991/5499).

[591] Anteriormente a la LPRL, la OGSHT exigía al empresario facilitar instrucción adecuada al personal antes de que comenzase a desempeñar su puesto de trabajo.

[592] STSJ de Cast11la-La Mancha de 10 de Julio de 1992 (AS 1992/3983).

una obligación de la empresa consistente en "una actuación particularizada", a fin de familiarizar al trabajador "con las características de la máquina, riesgos que entraña su manejo, medios y formas de evitarlos"[593]; o lo que es lo mismo, formarle sobre las medidas preventivas a adoptar durante el desarrollo de la prestación laboral[594].

De tal forma que no resulta posible entender cumplida la obligación de formación bajo el amparo de las aptitudes generales que se presupone a un determinado trabajador que realiza una tarea, pues la labor formativa se extiende, particularmente, a las materias que son propias para desempeñar un determinado puesto de trabajo, máxime si no es el habitual[595]. Por tanto, esta obligación de formación implica "el oportuno adiestramiento de los operarios respecto a la realización sin peligro de la actividad"[596] dirigiéndose, fundamentalmente, a "los riesgos inherentes al trabajo que deba realizar, especialmente en aquellos puestos que impliquen peligros específicos distintos de los de su ocupación habitual, así como de las medidas de seguridad que deban observarse en su ejecución", y debe transmitirse al trabajador "en forma adecuada"[597] y con el "suficiente detalle" de los riesgos que comporta el ejercicio de su actividad[598].

Concretamente, la formación debe comprender, en opinión de la STSJ de Murcia de 2 de diciembre de 1996, una instrucción adecuada sobre los riesgos y peligros que puedan afectar al trabajador en su trabajo y la forma y métodos que debe observar para prevenirlos[599]. En definitiva, y expresado de una forma más práctica, la formación abarca "manejo, riesgos y precauciones" de las máquinas o utensilios empleados por el trabajador[600].

---

[593] STSJ de Cataluña de 28 de octubre de 1996 (AS 1996/4810). Según la STS de 18 de febrero de 1981 (RJ 1981/417), esta capacitación implica el conocimiento de los posibles riesgos que el ejercicio del trabajo comporta y la forma de evitarlos. En parecido sentido, la STSJ de La Rioja de 27 de septiembre de 1994 (AS 1994/3316).

[594] STSJ de Cataluña de 20 de mayo de 1999 (AS 1999/2233).

[595] STSJ de Cataluña de 6 de febrero de 1996 (AS 1996/406).

[596] STSJ de Castilla La Mancha de 28 de febrero de 1992 (AS 1992/1537).

[597] STSJ de Galicia de 13 de febrero de 1998 (AS 1998/434).

[598] STSJ de Andalucía de 13 de marzo de 1998 (AS 1998/978).

[599] AS 1996/4756.

[600] STSJ de Castilla y León de 17 de noviembre de 1997 (AS 1997/4193).

Y, en orden al citado art. 19 LPRL, esta formación o instrucción debe ser teórica, práctica, suficiente y adecuada[601]; comprendiendo los riesgos y peligros que puedan afectarle en el trabajo[602] y debiendo el empresario poner su mayor empeño en instruir con toda la perfección posible a sus trabajadores[603]. Máxime en las situaciones en que el trabajador "tenga que aplicar una nueva técnica que pueda ocasionar riesgos graves"[604].

Ahora bien, aunque el operario reciba la formación suficiente, y estando capacitado para el desempeño de las actividades que tiene encomendadas, no debe ejecutar órdenes cuya ilegalidad o carácter temerario sea manifiesto[605].

En los casos en que el trabajador no sea total conocedor de los riesgos de su trabajo o no tenga la formación adecuada, la obligación del empresario no acaba con cumplir las medidas de seguridad exigidas en el centro o puesto de trabajo, sino que la amplitud de la deuda de seguridad del art. 14 LPRL, obliga a que el empleado realice su prestación bajo la inspección de un tutor, en el caso de que se trate de un aprendiz, o de otro trabajador, en los demás supuestos[606]. Incluso se entiende que el empresario no emplea toda la diligencia que le es exigible -incumplimiento los preceptos que ordenan a ello- cuando coloca a un trabajador inexperto al frente de una máquina que entraña un innegable riesgo[607].

La formación impartida por el empresario comprende a todos los trabajadores de la empresa, sin que se pueda aducir -tal y como señala la

---

[601] Sin embargo, la STSJ de Cataluña de 7 de febrero de 1995 (AS 1995/689), indica que la formación debe impartirse en "forma práctica y adecuada" sobre los riesgos que entraña el trabajo. Cabe hablar de un *incumplimiento parcial* cuando la instrucción teórica resulta satisfactoria pero no se alcanza una formación práctica adecuada, cfr. STSJ de 23 de febrero de 1999 (AS 1999/2055).

[602] STSJ de Extremadura de 11 de febrero de 1998 (AS 1998/919).

[603] STSJ de Asturias de 29 de mayo de 1998 (AS 1998/1600).

[604] STSJ de Galicia de 20 de febrero de 1998 (AS 1998/120).

[605] STSJ de Asturias de 2 de octubre de 1998 (AS 1998/3579).

[606] STSJ de Cananas de 10 de septiembre de 1998 (AS 1998/4058). En la STS de 25 de marzo de 1987 (RJ 1987/1592), se pone de manifiesto la necesidad de establecer un acompañante, dados los riesgos y responsabilidades que han de soportar los trabajadores contribuyendo; de este modo, "a aumentar la posibilidad de hacer más seguras las operaciones a realizar en el puesto de trabajo".

[607] STSJ de Cataluña de 26 de mayo de 1998 (AS 1998/3066). En el supuesto concreto se evidencia la negligente actuación del empresario, pues el accidente ocurre tras permanecer escasamente una hora realizándolo.

STSJ de Asturias de 2 de octubre de 1998[608]- que si los trabajadores no conocen el correcto funcionamiento de la máquina deberían producirse más accidentes; pues basta con que lo desconozca un trabajador para considerar incumplida la deuda de seguridad concretada, en este caso, en una práctica y adecuada formación.

Con relación al momento en que debe impartirse la formación, será previamente a las funciones que deba desempeñar[609]. El Auto del TS de 23 de diciembre de 1993, establece que la formación del trabajador se imparte por el empresario, en virtud del deber de protección de éste sobre aquél; en el momento de la contratación, o cuando cambie de puesto de trabajo o tenga que aplicar una nueva técnica que pueda ocasionar riesgos graves para el propio trabajador o para sus compañeros o terceros[610].

En cuanto a la insuficiencia de la formación del trabajador será considerada como infracción empresarial de seguridad y salud en el trabajo; susceptible de calificarse como grave según el art. 12.8 TRLISOS, Así, para determinar la falta de formación del trabajador -para la labor encomendada-, no sólo debe haberse ordenado a éste una tarea sobre la que no hubiera recibido las oportunas enseñanzas sino que, además, es determinante que "no se le suministraran utensilios o herramientas adecuadas ni medios de prevención"[611], de manera que el incumplimiento de la formación y dotación generan responsabilidades para el empresario[612], y esto opera con independencia de que pueda incurrir el trabajador en imprudencia en el ejercicio de su trabajo, pues en estos casos, en ocasiones, se considera que el comportamiento omisivo del empresario tiene una "superior intensidad culpabilística" capaz de

[608] AS 1998/3579.

[609] RJ 1993/10131. En parecido sentido se expresa la STSJ de Cataluña de 26 de noviembre de 1994 (AS 1994/4406), que señala la omisión, por parte del empresario, de la instrucción previa necesaria para realizar la labor encomendada. La STSJ de Castilla y León de 21 de marzo de 2000 (AS 2000/1028), responsabiliza al empresario del accidente al no constar acreditado que al producirse el cambio de la máquina se hubiera dado al trabajador una formación teórica y práctica suficiente sobre su utilización. La LPRL contempla expresamente, en su art. 19, los supuestos en que debe impartirse la formación. Así, en el momento de la contratación, cuando se produzcan cambios en las funciones que desempeñe el trabajador o cuando se introduzcan nuevas tecnologías o cambios en los equipos de trabajo.

[610] En este sentido se manifiesta el art. 19 LPRL.

[611] STSJ de Aragón de 15 de abril de 1998 (AS 1998/1575).

[612] STSJ de Cataluña de 21 de julio de 1997 (AS 1997/3571).

absorber en su indiscutible significación causal el disvalor que pudiera emanar de la propia imprudencia del accidentado[613].

Finalmente, vinculado estrechamente al deber de formación, el empresario también debe dar las instrucciones pertinentes, La STSJ de Cataluña de 6 de julio de 1998, considera que el empresario cumple con esta obligación al "dar órdenes precisas y establecer los necesarios medios de seguridad"[614]. Por tanto, el empresario debe instruir al trabajador con los medios oportunos que permitan evitar cualquier resultado lesivo, incumpliéndose la deuda de seguridad frente al operario cuando se vea obligado a realizar su tarea sobre la base de inexactas instrucciones del empresario[615]. Igual ruptura produce el no fijar de manera clara y precisa las labores a realizar, sin indicación de los trabajos que deben realizarse ni de las personas encargadas de su ejecución; acometiéndose, finalmente, sin coordinación ni planificación[616].

2.5 Información.

Otras de las manifestaciones del deber de seguridad es la información que debe transmitirse al trabajador. La regulación legal de esta obligación aparece contemplada de forma genérica en la LPRL y, específicamente, en diversa normativa referente a sectores concretos de actividad o agentes lesivos. El art. 18 LPRL -al igual que su antecesor art. 7.11 OGSHT -, establece un deber de información de riesgos y medidas de prevención, protección y emergencia, que precisan de una concreción para cualquier puesto de trabajo.

---

[613] En todo caso, el comportamiento del trabajador será utilizado para moderar la sanción impuesta al empresario. Así, en la sentencia citada, se interpone el recargo de prestaciones por omisión de medidas de seguridad en su tramo mínimo.

[614] AS 1998/3459. Sin embargo, no se comparte la opinión que esta misma sentencia contempla al señalar que una vez dadas las instrucciones es "responsabilidad del trabajador el actuar bajo tales circunstancias".

[615] STSJ de Galicia de 30 de enero de 1998 (AS 1998/283). La consecuencia de esta incorrecta instrucción puede llevar al accidentado a buscar "una solución aparentemente más segura y menos fatigosa", lo que no exime de responsabilidad al empresario a pesar de la actuación del trabajador. Por su parte, la STS de 7 de octubre de 1976 (RJ 1976/4982), entiende que hay falta de instrucción al admitir una conducta antirreglamentaria de los trabajadores que jamás fue desautorizada por la empresa.

[616] STSJ de Galicia de 7 de noviembre de 1991 (AS 1991/6065).

Por ello, es opinión admitida que deba informarse al trabajador "sobre el método y la idoneidad de las herramientas[617].

Será, pues, obligación del empleador tomar medidas para informar a los trabajadores de la legislación aplicable sobre los riesgos del puesto de trabajo que desempeñen así como la forma de prevenirlos[618], considerándose un incumplimiento de la deuda de seguridad cuando tal información no se transmita[619].

2.6 Medios de protección.

El empresario, como muestra de la amplitud de la deuda de seguridad hacia sus trabajadores, debe proporcionarles medidas de protección tanto colectivas como individuales, pues la puesta a disposición de materiales e instrumentos constituye una obligación empresarial[620], siendo inexcusable cualquier intento de eludir este compromiso[621].

Esta obligación no se limita a la adquisición por la empresa de tales instrumentos, sino que debe vigilar su utilización por parte de los trabajadores; pues en caso contrario se deriva una falta de vigilancia del empresario[622], que

---

[617] STSJ de País Vasco de 15 de abril de 1998 (AS 1998/2026).

[618] STSJ de Cataluña de II de febrero de 1997 (AS 1997/1830).

[619] La STSJ de Madrid de 27 de diciembre de 1993 (AS 1993/5574), dispone que el empresario debió advertir del peligro.

[620] STS de 3 de abril de 1998 (RJ 1998/2878). También STS de 8 de noviembre de 1976 (RJ 1976/5803). La STSJ de Canarias de 4 de febrero de 1997 (AS 1997/644), indica como obligación por parte de la empresa la de facilitar a sus trabajadores "las necesarias mascarillas, oxígeno y cuerdas de salvamento que hubieran evitado o disminuido las consecuencias producidas".

[621] Así, en la STS de 23 de octubre de 1981 (RJ 1981/3773), se intenta que la empresa quede exculpada de su obligación de seguridad al alegar que no pudo encontrar fórmula técnica para la instalación de los medios de protección. Por su parte, la STS de 17 de junio de 1971 (RJ 1971/2671), considera que no es justificable la ausencia de medios de protección sobre la base de que el trabajo se venía realizando sin adoptar las exigencias legales desde hacía años y no se produjo ningún accidente. Por último, la STS de 6 de noviembre de 1969 (RJ 1969/4746), considera responsable al empresario que no dotó al trabajador los elementos precisos para la seguridad en la realización de su actividad laboral.

[622] SSTSJ de Cataluña de 14 de enero de 1997 (AS 1997/362) y 15 de octubre de 1999 (AS 1999/3348). La STS de 31 de enero de 1962 (RJ 1962/816), considera que no es suficiente, para cumplir con las obligaciones de seguridad e higiene asumidas por el empresario, el tener los medios de protección a disposición de los trabajadores permitiéndoles trabajar sin su utilización. Según la STSJ de País Vasco de 13 de mayo de 1997 (AS 1997/1650), el deber de vigilancia incluye "revisar y, en su caso desechar los instrumentos de seguridad en mal estado y, por lo tanto, ineficaces desde el punto de vista de seguridad". Por su parte, la STSJ de Castilla-La Mancha de 13 de septiembre de 1999 (AS 1999/3258), considera que

debe actuar como "un celoso padre de familia" en cuanto a la utilización y fiscalización de las medidas de protección[623]. En este sentido, la STSJ de Cataluña de 17 de marzo de 1998, considera que no es suficiente que el empresario adquiera los medios de protección -en este caso gafas protectoras de seguridad- sino que debe propiciar, incluso mediante sanciones, su uso efectivo[624]. Utilización que debe realizarse mientras exista peligro en el desarrollo de la actividad laboral[625]. Incluso, la labor empresarial no debe extenderse únicamente a conseguir que sus elementos de protección reúnan las condiciones de seguridad necesarias sino también a evitar que sus trabajadores utilizaren otras ajenas carentes de ellas[626].

En sentido contrario a los pronunciamientos judiciales anteriores –y erróneamente- la STS de 23 de diciembre de 1969, entendía que si los trabajadores tienen los medios de protección a su disposición y éstos por comodidad no los utilizaban, no se puede responsabilizar a la empresa de una omisión que es sólo imputable al trabajador que no hizo uso de la protección que tenía a su disposición[627]. La evolución de la jurisprudencia, así como los diversos cambios normativos producidos desde 1969 han posibilitado el cambio de este criterio, aunque la doctrina de los TTSSJJ no es pacífica[628].

Por tanto, la obligación del empresario de actuar con la diligencia exigible a un prudente empleador, para prevenir e impedir que se produzca una situación de peligro o de riesgo para la integridad física o psíquica de sus

---

además de existir los adecuados medios de protección, la obligación *in vigilando* del empresario impone que se realice la efectiva utilización de aquellos.

[623] STS de 9 de mayo de 1960 (RJ 1960/2339).

[624] AS 1998/2467. El mismo planteamiento se recoge en la STS de 24 de septiembre de 1996 (RJ 1996/6796), pero en esta ocasión referida a la puesta a disposición y uso de cascos protectores. Por su parte la STS de 30 de abril de 1979 (RJ 2237/1979), impone a la empresa la obligación de exigir el uso de las medidas de seguridad por parte de su personal. La STS 5 de abril de 1974 (RJ 1974/1706), considera incumplida la obligación de seguridad al no utilizar ni imponer el uso de los medios de protección. En la misma línea, la STS de 17 de octubre de 1972 (RJ 1972/4516), dispone que se debe imponer el uso de los medios de protección cuando las circunstancias lo exijan.

[625] En este sentido, la STS de 2 de julio de 1965 (RJ 1965/4383), entiende que las precauciones oportunas debieron continuar al seguir existiendo peligro.

[626] STSJ de 20 de diciembre de 1999 (AS 1999/3949).

[627] RJ 1969/5810. En igual parecer se expresa la STSJ de Astucias de 11 de junio de 1999 (AS 1999/2328).

[628] Así, la STSJ de Cataluña de 26 de marzo de 1999 (AS 1999/1741), exonera de responsabilidad al empresario que había proporcionado a los trabajadores los correspondientes cinturones de seguridad.

empleados, no queda agotada con la puesta a disposición de los trabajadores de los distintos medios e instrumentos que puedan prevenir o evitar el riesgo[629], sino que exige "el cuidar que tengan realidad y que se adopten"[630] vigilando el uso de aquéllos para prevenir el accidente[631], sin que se libere al empresario de la responsabilidad oportuna bajo el pretexto de que el trabajador rechace la medida de protección que se le pretende proporcionar[632].

De forma más amplia -aunque reiterando el planteamiento anterior- se expresa la STS de 12 de abril de 1996 al establecer que la actuación empresarial, además de no limitarse a la puesta a disposición de los trabajadores de los instrumentos de protección adecuados, no acaba con la recomendación y utilización de los mismos sino "que impone a la empresa la obligación de hacer cumplir a su personal las disposiciones sobre esta materia"[633], no siendo suficiente "el que dicte órdenes generales para su cumplimiento"[634]. Esto se debe, como señala la STS de 4 de noviembre de 1970, a que sobre la empresa recae "la obligación de emplear todas las medidas posibles"[635] o precisas[636].

Parece, pues, oportuno que el empresario realice labores de vigilancia sobre cumplimiento de las instrucciones que brinda a sus trabajadores a la hora de adoptar los medios de protección, pues con ello pretende no sólo "proteger

---

[629] STS de 3 de marzo de 1998 (RJ 1998/2307) copiando literalmente lo dispuesto en la STS de 22 de octubre de 1982 (RJ 1982/5794). Del mismo parecer es la STSJ de Aragón de 17 de septiembre de 1997 (AS 1997/3334).

[630] STS de 3 de marzo de 1998 (RJ 1998/2307). En la STS de 28 de febrero de 1995 (RJ 1995/1729) se sanciona a la empresa por el no uso de sus trabajadores de elementos de seguridad a pesar de que la misma los tenía a disposición de aquellos.

[631] STSJ de Cataluña de 10 de marzo de 2000 (AS 2000/842).

[632] SSTS de 16 de junio de 1972 y 25 de septiembre de 1973 (RJ 1972/3133 y 1973/3891, respectivamente).

[633] RJ 1996/3593. La STS de 23 de mayo de 1970 (RJ 1970/2684), considera obligación del empresario no solamente poner a disposición de sus empleados los medios de protección sino también obligar a su utilización.

[634] STS de 28 de febrero de 1995 (RJ 1995/1729). En la STS de 17 de mayo de 1995, se establece que si la empresa estimaba que había peligro en el trabajo o que no se daban las condiciones exigidas para su continuación, era obligado no ya el dar la orden -en este caso de paralización de la actividad- sino el adoptar las medidas necesarias.

[635] RJ 1970/5037. Expresión que también se encuentra en la STS de 2 de mayo de 1970 (RJ 1970/2492).

[636] STS de 20 de enero de 1971 (RJ 1971/165).

al trabajador del riesgo genérico que se crea o exige el servicio encomendado", sino además prevenir "de las ordinarias imprudencias profesionales del mismo"[637].

Concretamente, la deuda de seguridad queda reflejada, de entre los distintos medios de protección que el empresario puede dotar a los trabajadores, en proporcionarles cinturones de seguridad que eviten la caída, siendo obligatoria su utilización no ya cuando una norma legal lo exija sino "siempre que exista riesgo de caída grave"[638] constituyéndose, además, en "medida elemental"[639].

La STS de 2 de noviembre de 1990, advierte que el empresario cumple su deuda cuando dota al trabajador del cinturón dando las oportunas órdenes para su utilización[640], siendo necesario obligar a realizar el trabajo con esta medida de seguridad[641], debiendo actuar el empresario con "previsión empresarial"[642]. Y existen múltiples sentencias que ponen de manifiesto que la ausencia de esta medida de protección -bien porque no se ofrezca al trabajador o bien porque rehúse su utilización, a pesar de tenerlo a su disposición-, se traduce en un incumplimiento de la obligación de seguridad y salud en el trabajo[643].

Junto al cinturón de seguridad, el casco protector se considera como uno de los elementos de protección más usuales, produciendo su ausencia un incumplimiento de la obligación de seguridad empresarial[644]. Del mismo modo,

---

[637] STS de 24 de octubre de 1981 (RJ 1981/3775).

[638] STSJ de Asturias de 20 de marzo de 1998 (AS 1998/849). En parecidos términos se expresa la STS de 19 de junio de 1968 (RJ 1968/3879).

[639] STS de 6 de octubre de 1983 (RJ 1983/5030).

[640] RJ 1990/10477.

[641] STS de 5 de marzo de 1974 (RJ 1974/1314).

[642] STSJ de Murcia de 5 de marzo de 1997 (AS 1997/1010). Esta previsión se traduce en que la medida de protección se encuentre correctamente instalada y cumpla la función para la que es destinada.

[643] SSSTS de 27 de marzo y 17 de diciembre de 1973, 20 de junio de 1984 y 22 de abril de 1989 (RJ 1973/1328, 1973/4774, 1984/3417 y 1989/2877, respectivamente). La STS de 5 de mayo de 1978 (RJ 1978/1930), entiende que el incumplimiento es imputable a la empresa al permitir la colectiva inobservancia de tal medida precautoria. Incumplimiento que también se observa cuando, según la STS de 28 de noviembre de 1979 (RJ 1979/4071) y STSJ de Aragón de 30 de enero de 1997 (AS 1997/613), haya tolerancia por parte de la empresa en que los operarios prescindan del cinturón de seguridad.

[644] STS de 15 de enero de 1983 (RJ 1983/296).

el uso de barandillas de protección en las obras de construcción se considera como unos de los elementos esenciales a la hora de prevenir accidentes, produciendo la no instalación -cuando sea exigido legalmente-, una omisión empresarial de medidas de seguridad[645].

Por último, respecto a estos medios de protección la obligación del empresario no se agota con su instalación o suministro, sino que se extiende a mantenerlos en las condiciones precisas para su efectiva utilización, es decir, a facilitar medios de protección eficaces[646]. De esta forma, el empresario se encuentra obligado a velar por el buen estado de funcionamiento de los citados medios para hacer frente a cualquier emergencia[647] o, simplemente, para su empleo en circunstancias normales[648]. Y se considera la obligación incumplida cuando se usen medios de protección no homologados presentándose como ineficaces para la protección de los trabajadores[649].

III EL SISTEMA DE "BONUS-MALUS" EN LA COTIZACIÓN COMO MECANISMO INCENTIVADOR DE LA PREVENCIÓN.

Ciertamente, nada impide que el sistema de seguro actúe también como incentivo para la prevención, lo que exigiría que el coste de la primas de cada empresa ponderara su siniestralidad real; esto es, si la prima se fija en función del nivel de diligencia empresarial frente a los riesgos profesionales, -según la interpretación legal y judicial expuesta en los apartados anteriores- el seguro actúa con una clara función de estimulación de la prevención, porque el

[645] SSTS de 21 de abril de 1970 y 27 de septiembre de 1972 (RJ 1970/3516 y (RJ 1973/3461).

[646] STSJ de País Vasco de 13 de mayo de 1997 (AS 1997/1650). En este sentido la STSJ de 30 de julio de 1993 (AS 1993/3396), considera que la empresa debe cerciorarse de que las medidas de protección se encuentren en perfectas condiciones. Por su parte, la STS de 11 de mayo de 1967 (RJ 1967/2017), además de obligar a la empresa a facilitar los medios de protección, extiende la obligación a "asegurar, en todo momento, la eficacia de los mismos".

[647] STS de 18 de junio de 1990 (RJ 1990/4707). La STS de 10 de mayo de 1979 (RJ 1979/2430) entiende que el empresario debe adoptar las previsiones necesarias para que las máquinas y útiles de trabajo se mantengan siempre en las mismas condiciones.

[648] STS de 9 de junio de 1976 (RJ 1976/3225). En la STS de 20 de junio de 1970 (RJ 1970/3076), se considera obligación empresarial el tener que mantener en buen estado de conservación los materiales que se utilicen.

[649] STSJ de Cataluña de 14 de noviembre de 1994 (AS 1994/4372).

comportamiento de la empresa en prevención que reduzca las enfermedades profesionales verá reducida su cotización[650].

Este sistema debe partir de un riguroso análisis que permita determinar que lo que se ingresa de más en, concepto de prima superiores por la inobservancia de las medidas preventivas, queda compensado con lo que deja de recaudarse por el efecto de minoración de las primas en aquellas empresas que retratan como fieles cumplidoras de las legislación de prevención de riesgos laborales.

1. Referencia normativa

El artículo 108.3 del Real Decreto Legislativo 1/1994, Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social (en adelante, LGSS), contempla una reducción de las primas de cotización por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a las empresas que "se distingan por el empleo de medios eficaces de prevención" a lo que la Orden Ministerial de 2 de abril de 1984 añade que esto se realizará teniendo en cuenta la evolución de su accidentalidad en el último trienio.

El artículo de la LGSS arriba mencionado añade que la reducción no podrá exceder del 10% de la cuantía de las primas, si bien el aumento podrá llegar hasta un 20% en caso de reiterado incumplimiento.

La misma previsión en cuanto a condiciones y cuantía está recogida en la disposición adicional segunda del Reglamento sobre colaboración de las mutuas, Real Decreto 1993/1995 de 7 de diciembre. En términos similares se manifiesta el Reglamento General de cotización, Real Decreto 2064/1995 de 22 de diciembre.

Superado el plazo de un año que la disposición adicional decimoséptima de la Ley de Presupuestos para 1998 había previsto para que el gobierno estableciera una nueva tarifa de accidentes con posibilidad de reducción o incremento de la misma, ha sido la de Presupuestos para el año 2007 la que finalmente aprobó la nueva tarifa incluyendo el mandato de su disposición sexagésima primera de que la Administración de la Seguridad Social establezca los índices de siniestralidad de los diferentes sectores en

---

[650] DURÁN LOPEZ, F., *Informe sobre riesgos laborales y su prevención*, ed. Ministerio de la Presidencia, Madrid, 2001, pág. 247.

relación con la cotización para que el Gobierno estudie la posibilidad de establecer sistemas de reducción de dichas cotizaciones a las empresas que acrediten que su índice de siniestralidad está por debajo del correspondiente a su sector de actividad.

Junto a las previsiones legales y reglamentarias anteriores, de aplicabilidad general, y con el fin de incentivar el comportamiento en materia preventiva de las empresas asociadas a las mutuas más allá del mínimo legalmente exigible, la Ley de Presupuestos para 2008, en su disposición final octava modifica el artículo 73 de la LGSS autorizando la utilización del 15% del 80% de exceso de excedentes de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social para el fomento de las actuaciones extraordinarias de las empresas en la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Igualmente precisa el nuevo texto del citado artículo de la LGSS que se incentivará "la adopción de medidas y procesos que contribuyan eficazmente y de manera contrastable a la reducción de la siniestralidad laboral".

2. El marco de la Seguridad Social

En las dos últimas leyes de presupuestos se ha procedido a reducir el peso medio de la tarifa de cotización por accidentes de trabajo ajustándola de forma más precisa a la siniestralidad de cada sector económico, adecuando de forma más proporcionada, al alza o a la baja, el peso de las cotizaciones por contingencias profesionales con los niveles de siniestralidad de los sectores al nivel de desagregación con el que vayan quedando definidos.

Sin embargo no se había abordado todavía la definición de un sistema que vinculara la reducción del peso de las cotizaciones con los resultados positivos en la prevención de riesgos laborales. Y es precisamente en esta línea en la que se sitúa el mencionado precepto de la vigente ley de presupuestos.

Por consiguiente, en uso de la habilitación contenida en el artículo 73 de la LGSS según redacción dada por la citada Ley de Presupuestos para 2008, se diseña un mecanismo que permite aplicar la financiación procedente del exceso de excedentes de las mutuas a bonificar el esfuerzo de las empresas en la consecución de los fines igualmente señalados, y que coinciden con la parte positiva del denominado bonus-malus ya anunciado en la normativa anterior igualmente referenciada. Todo ello teniendo en cuenta

asimismo los criterios recogidos en las diversas previsiones legales y reglamentarias mencionadas más arriba.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el sistema de incentivos positivos a diseñar en el correspondiente desarrollo reglamentario debe ser sencillo, objetivo y con incidencia contrastable en el fin que se persigue.

3. Procedimiento: sistema de indicadores

Lo que se pretende retribuir, en primer lugar, es la disminución real de los accidentes de trabajo comprobada a través de indicadores que comparen los resultados de una empresa con los del propio sector de actividad de manera que no se prime a unas empresas o sectores con menores riesgos sobre otros que los tengan mayores. Tales indicadores permitirán igualmente evaluar la evolución a lo largo del tiempo de la situación de una empresa así como la efectividad de las medidas adoptadas.

Lo anterior debe realizarse en base a unas consideraciones:

1. Deben considerarse periodos suficientemente largos para evitar la posible distorsión producida por un hecho casual.

2. Deben definirse tramos por tamaño de plantilla de la empresa para que los riesgos sean más homogéneos dentro del sector. Previsiblemente para las empresas de menos de diez trabajadores no será estadísticamente fiable la aplicación de los indicadores generales que se están definiendo por lo que deberán tener un tratamiento diferenciado.

3. Deben excluirse los accidentes de tráfico y los accidentes cardiovasculares ya que en estos casos no es posible la acción preventiva de la empresa.

Estos indicadores se elaborarán con la información de las bases de datos de la Seguridad Social donde se dispone obviamente del coste asociado a cada una de las contingencias a considerar y los técnicos correspondientes están procediendo ya a su estudio y análisis. En función de su diseño final se fijará el nivel que una determinada empresa debe alcanzar para ser acreedora de una bonificación pudiendo situar la exigencia en términos de alcanzar.

La consecución de los niveles de cumplimiento previstos sería inicialmente la condición previa para ser candidato a la bonificación[651].

Por último indicar que en la propuesta de sistema *bonus-malus* para la reducción de la siniestralidad laboral del Ministerio de Trabajo e Inmigración pueden consultarse los anexos relativos a la determinación del "coeficiente *bonus-malus*".

IV MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECÍFICAS DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

1. La obligación legal de recolocación profesional (art. 133 LGSS).

La Orden de 9 de mayo de 1962, por la que se aprueba el Reglamento de Enfermedades Profesionales, prevé entre los mecanismos de prevención de la Enfermedad Profesional el traslado del trabajador en la empresa.

Esta medida preventiva específica, cuya vigencia se derivaría en opinión de la doctrina, del art. 133.2 LGSS[652] y ha sido reconocida por el TS[653], será aplicable a los trabajadores que presentan síntomas de enfermedad profesional[654], constituyendo un derecho del trabajador.

---

[651] Naturalmente, en función de los niveles de cumplimiento que se asocien a los indicadores, pueden utilizarse éstos igualmente como baremo para la acreditación inmediata de la bonificación.

[652] ALONSO OLEA, M. y TORTUERO PLAZA, J.L., *Instituciones de Seguridad Social*, Civitas, Madrid, 2000, pág. 186; SÁNCHEZ NAVARRO, D.A., "El cambio de puesto de trabajo por enfermedad profesional: una zona gris dentro del ámbito competencial del INSS y del INSALUD u órgano equivalente de las Comunidades Autónomas", AS 2002-V, pág. 849. El art. 133.2 LGSS establece que lo dispuesto respecto a las situaciones de incapacidad temporal derivadas de períodos de observación por enfermedad profesional "se entenderá sin perjuicio de las obligaciones establecidas, o que puedan establecerse en lo sucesivo, a cargo de este Régimen General o de los empresarios, cuando por causa de enfermedad profesional se acuerde respecto de un trabajador el traslado de puesto de trabajo, su baja en la empresa u otras medidas análogas".

[653] STS de 27 de junio de 1994 (RJ 1994/5490); STS de 22 de diciembre de 1994 (RJ 1994/ 10222).

[654] El RD 1299/2006, de 10 de noviembre, aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social. Como destaca MORENO CÁLIZ, "las especialidades protectoras, fundamentalmente en materia de prevención van a beneficiar únicamente a los sujetos que son víctimas de una verdadera Enfermedad Profesional, en los términos descritos por el art. 116 TRLGSS, discurriendo por otros cauces a los previstos en la normativa de prevención de riesgos laborales, más extensiva y general": MORENO CÁLIZ, S., "La tutela de la enfermedad profesional: aspectos controvertidos", *AS* (V), 2001, pág. 738.

Por lo que se refiere al cambio de puesto, establece el art. 45.1 REP que en los casos "en que como consecuencia de los reconocimientos médicos se descubra algún síntoma de enfermedad profesional que no constituya incapacidad temporal, pero cuya progresión sea posible evitar mediante el traslado del obrero a otro puesto de trabajo exento de riesgo, se llevará a cabo dicho traslado dentro de la misma empresa".

Nos encontramos ante una medida preventiva que "pretende frenar el avance de la enfermedad, detectada en esa primera fase en la que todavía es fácil tratarla porque empieza a manifestar sus síntomas"[655] y que será aplicable a aquellos trabajadores que presenten síntomas de enfermedad profesional cuya manifestación no es incapacitante[656]. Por tanto, no nos enfrentamos a una enfermedad crónica y consolidada o permanente sino de una manifestación de la misma en sus inicios.

De lo anterior se deriva que resulta imposible acudir al régimen jurídico previsto para el traslado en los casos en que el trabajador tuviera diagnosticada una enfermedad profesional que hubiera derivado en algún tipo de incapacidad.

Respecto de esta movilidad preventiva debemos señalar los siguientes aspectos:

1. El art. 3.3 RD 2609/1982, de 24 de septiembre, atribuía competencia exclusiva al INSALUD[657] para "determinar la existencia de síntomas de enfermedad profesional que, sin constituir incapacidad laboral transitoria, aconsejen el traslado del trabajador a otro puesto de trabajo exento de riesgo o su baja en la empresa cuando el traslado no sea posible". Esta competencia del INSALUD se mantiene tras el RD 1300/1995, de 21 de julio, en virtud de su disposición derogatoria única *c)*[658] .

---

[655] MORENO CÁLIZ, S., "Medidas de prevención específica de la enfermedad profesional", *Revista de Trabajo y Seguridad Social*, n° 225, 2001, pág. 61.

[656] MORENO CÁLIZ, S., "Medidas de prevención…", op. cit., pág. 61.

[657] Conforme al art. 15 RD 840/2002, de 2 de agosto, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria sustituye al Instituto Nacional de la Salud, conservando el régimen jurídico, económico, presupuestario y patrimonial y la misma personalidad jurídica y naturaleza de entidad gestora de la Seguridad Social de éste.

[658] SÁNCHEZ NAVARRO entiende que esto va a suponer "la ruptura del principio de unicidad que informa los procedimientos de declaración y reconocimiento de incapacidades laborales proclamado en la Ley 42/1994, con independencia de lo irracional que resulta que la «existencia de síntomas de enfermedad profesional» esté atribuido competencialmente al INSALUD y la «determinación del carácter común o profesional de la enfermedad», al INSS": SÁNCHEZ NAVARRO, D.A., op. cit., pág. 840.

2. La doctrina[659] entiende que este cambio de puesto de trabajo puede tener un carácter temporal o definitivo, ya que el derogado Decreto 792/1961, de 13 de abril, establecía en su art. 21.1 que los médicos, además de informar a la empresa sobre los síntomas de enfermedad profesional, debían especificar si el cambio era temporal o definitivo.

3. El art. 46.1 REP establece la obligación empresarial de cumplir los dictámenes médicos de traslado de los trabajadores afectos de síntomas de enfermedad profesional sin incapacidad temporal.

4. Respecto a la retribución, establece el art. 45.4 REP, que cuando "a consecuencia del traslado se asigne al trabajador un puesto compatible con su estado que tenga fijada menor retribución de la que venía disfrutando en su anterior trabajo, se le abonará el salario que anteriormente venía percibiendo, excepto las retribuciones ligadas directamente a la producción que fueran exclusivas del puesto de procedencia"[660].

5. La movilidad se producirá dentro de la misma empresa, concepto más amplio que centro de trabajo[661].

6. Respecto al tipo de movilidad que se debe aplicar, del art. 45.4 REP se deriva la posibilidad de que el empresario asigne al trabajador afectado un puesto de trabajo de una categoría profesional distinta a la suya –el citado precepto prevé el supuesto de una "nueva categoría de trabajo asignada al obrero" que "tenga fijada menor retribución"–. Entendemos que el empresario podría acudir incluso a una movilidad funcional extraordinaria –asignándole funciones no correspondientes al grupo profesional o categoría equivalente a la del trabajador–[662], dado las gravosas consecuencias que para el empresario tiene la imposibilidad de asignar al trabajador un nuevo puesto de trabajo –la baja subsidiada que analizaremos posteriormente–.

---

[659] MORENO CÁLIZ, S., "Medidas de prevención…", op. cit., pág. 61; SÁNCHEZ NAVARRO, D.A., op. cit., pág. 850.

[660] Esta regla conoce una excepción establecida por el propio art. 45.4 REP para el supuesto de que concurriendo circunstancias económicas especiales, la empresa solicite a la autoridad laboral la reducción del salario de estos trabajadores. La autoridad laboral "previo los informes que estime oportunos, resolverá según proceda, sin que en ningún caso el salario que fije pueda ser inferior al señalado para la nueva categoría de trabajo asignada al obrero".

[661] MORENO CÁLIZ, S., "Medidas de prevención…", op. cit., pág. 61.

[662] Que en caso de tener carácter definitivo constituiría una modificación sustancial del contrato de trabajo.

7. Respecto a la frontera que separa la aplicación de la medida que estamos analizando y el reconocimiento de una incapacidad permanente, el TS ha establecido en su Sentencia de 27 de junio de 1994[663] que la aplicación de las medidas previstas en el REP (traslado de puesto de trabajo o baja en la empresa) será posible en el caso de que "el mal profesional sólo inhabilite para el desempeño de ciertos puestos de trabajo que por las circunstancias que le son propias perjudiquen la enfermedad, lo cual denota que pueden existir otros, correspondientes a la categoría profesional del trabajador, cuyo eventual desempeño no generaría las indicadas consecuencias. No es dudoso lo últimamente expuesto, pues el citado artículo 48 contiene previsión según la cual, si durante el tiempo en que ha de ser dispensada la referida protección se ofreciese «al trabajador un puesto adecuado a su categoría profesional», cesará dicha protección. Consiguientemente, cuando la enfermedad profesional padecida (...) presenta carácter irreversible, inhabilitando permanentemente para el desempeño de cualquier puesto de trabajo para la categoría profesional ostentada por el trabajador, resulta evidente que procede el reconocimiento de la incapacidad permanente total y el abono de la pensión correspondiente".

Esto no se contradice con lo establecido anteriormente respecto a la posibilidad de la empresa de acudir como medida preventiva a la movilidad funcional extraordinaria. Esto es, para el caso de que no existan puestos de trabajo pertenecientes a la categoría profesional del trabajador exento de riesgo, procederá, no el cambio de puesto de trabajo sino la declaración de incapacidad permanente total. Ahora bien, existiendo dichos puestos, es posible que el empresario no pueda destinar al trabajador que presenta síntomas de enfermedad profesional a uno de ellos –por no existir en esa concreta empresa–, pudiendo proceder en este caso a la movilidad funcional extraordinaria.

2. La imposibilidad de realizar el cambio de puesto de trabajo

Para el caso de que no fuese posible el traslado, el art. 48 REP prevé que el trabajador será dado de baja en la empresa e inscrito con derecho preferente para ser empleado en el Instituto Nacional de Empleo. Respecto de esta baja cabe destacar:

---

[663] RJ 1994/5490.

1. La baja en la empresa deberá ir precedida de la "previa conformidad de la Inspección de Trabajo" (art. 48.1 REP) con el juicio de la empresa sobre la imposibilidad de proceder al traslado.

2. A tenor del art. 48 RSP, la baja en la empresa irá acompañada de un régimen de prestaciones que es calificado por la doctrina como "sorprendente"[664]. Así, durante los primeros doce meses de baja el trabajador percibirá un subsidio con cargo a la empresa equivalente al salario íntegro[665], transcurridos los cuales, si subsistiera el desempleo, el trabajador pasará a percibir, con cargo al Fondo Compensador (INSS), el indicado subsidio durante seis meses más.

El citado subsidio cesará antes de expirar los plazos que se acaban de describir si la Oficina de Colocación "ofrece al trabajador un puesto adecuado a su categoría profesional" (art. 48.2 REP).

3. Un sector doctrinal mantiene que la aplicación de esta baja subsidiada "debe ser rechazada por suponer la aplicación de un despido encubierto, al carecer de base legal que la ampare (arts. 49, 52 y 53 ET)"[666].

En este sentido se pronuncia la STSJ del País Vasco de 18 de mayo de 1999[667] que declara improcedente la rescisión de un contrato de trabajo al amparo del art. 48 REP por entender que "este precepto debe entenderse derogado y sustituido por lo que se dispone en el art. 52 del Estatuto de los Trabajadores", destacándose que el "art. 49 del Estatuto de los Trabajadores fija la relación de causas de la extinción del contrato, sin que en la nómina de las mismas se encuentre las motivadas por enfermedad profesional". A tenor de la sentencia que estamos comentando, en estos casos, la empresa podría efectuar el cese "por el motivo al que se refiere el art. 52 a) del ET, es decir, por ineptitud sobrevenida".

---

[664] MORENO CÁLIZ, S., "Medidas de prevención…", op. cit., pág. 64.

[665] MORENO CÁLIZ entiende que se trata de una "solución razonable, en tanto que es imputable al empresario la ausencia de una colocación compatible con su estado de salud en la empresa que ha generado el riesgo de Enfermedad Profesional" y que tiene un "carácter preventivo", en la medida en que se pretende evitar la baja del trabajador y forzar al empresario a que le ofrezca un puesto adecuado a su categoría profesional y exento de riesgos: MORENO CÁLIZ, S., "Medidas de prevención…", op. cit., pág. 75. Ya vimos como, en nuestra opinión, y basándonos en el art. 45.4 REP, no es necesario que el cambio se haga a un puesto de la misma categoría profesional, siendo posible el acudir a la movilidad funcional extraordinaria.

[666] SÁNCHEZ NAVARRO, D.A., op. cit., pág. 853.

[667] AS 1999/1928.

Por el contrario, otro sector doctrinal con el que nos alineamos, entiende que "no puede descartarse la aplicación de la baja, si concurren los condicionantes previstos en la norma"[668], toda vez que el art. 133.2 LGSS se remite expresamente a la baja en la empresa con motivo del diagnóstico de la enfermedad profesional y que el Tribunal Supremo se ha pronunciado alguna vez sobre el particular y no ha rechazado la aplicación de la medida señalada (STS de 27 de junio de 1994[669]). Por tanto, y tal y como estableció la STCT de 4 de octubre de 1983[670], debemos entender que "el art. 49 del ET no agota en su listado todas las causas de extinción del contrato de trabajo y por tanto no incluye aquellos supuestos (...), en que la baja en la empresa se produce por ministerio de la ley, como dispone el art. 48 de la O.M. de 9 de mayo 1962 que aprueba el Reglamento de Enfermedades profesionales,...", por lo que en estos casos "ni es precisa la aplicación de los arts. 52 y 53 del ET relativo al despido por causas objetivas, ya que en este caso, el cese no se produce por voluntad de la empresa, sino en cumplimiento de norma legal vigente".

3. La incapacidad temporal impropia: los períodos de observación

El art. 128 b) LGSS define los períodos de observación por enfermedad profesional como aquellos "en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos, con una duración máxima de seis meses, prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad".

Esta situación únicamente es aplicable a la enfermedad profesional, que presenta unas peculiaridades propias en cuanto a su manifestación y calificación ajenas al accidente de trabajo y se justifica en la necesidad de dar respuesta a los problemas de calificación de la enfermedad profesional.

En este sentido, es sabido que no es fácil identificar la enfermedad profesional, en cuanto tiene un carácter lento e insidioso en su manifestación, por lo que resulta necesario un control previo, meticuloso y prolongado a lo largo de la vida laboral del trabajador.

---

668 MORENO CÁLIZ, S., "La tutela de…", op. cit., pág. 756.

669 RJ 1994/5490.

670 AS 1983/8116.

En concreto, la asimilación de los períodos de observación a la enfermedad profesional a la situación de incapacidad temporal tiene su justificación en la peculiaridad de esta patología laboral. Con esta regulación el legislador ha pretendido que el trabajador aquejado de una hipotética enfermedad profesional pueda ser examinado y observado médicamente durante un período de tiempo limitado que permita establecer un diagnóstico médico de certeza de su existencia.

4. Los reconocimientos médicos obligatorios en materia de enfermedad profesional: previos y periódicos.

En el ámbito de la vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos a riesgo de enfermedad profesional no sirven los criterios generales establecidos en el art. 22 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales (LPRL). Efectivamente, los arts. 196 y 197 LGSS contienen las normas específicas para la vigilancia de las enfermedades profesionales, así como la determinación de las responsabilidades por falta de reconocimientos médicos, respectivamente[671].

En virtud de lo dispuesto en el art. 196 LGSS todas las empresas que hayan de cubrir puestos de trabajo con riesgo profesional deben realizar obligatoriamente, so pena de cometer una infracción sancionable, determinados reconocimientos médicos; concretamente, la Ley menciona dos tipos; previos a la contratación y de carácter periódico.

Respecto al reconocimiento previo, siendo éste un requisito necesario para celebrar el contrato, si el trabajador se niega a su práctica, la empresa queda liberada de formalizar el vínculo contractual. Cosa distinta sería que ésta última incumpla el deber de someter al trabajador a la prueba médica, situación que queda contemplada en el art. 197.2 y que comporta la imputación de responsabilidades en orden a las prestaciones.

Por regla general estos reconocimientos tendrán lugar antes de la admisión del trabajador en la empresa, si bien, con carácter excepcional, la Ley permite que puedan efectuarse inmediatamente después de iniciar el trabajo.

---

[671] Entre otras normas a tener en cuenta destaca la Orden de 9 de marzo de 1962, que contiene normas complementarias sobre los reconocimientos médicos en materia de enfermedades profesionales

La finalidad de estos reconocimientos reside en conocer el estado de salud del trabajador en el momento de ingresar en la empresa de modo que permita determinar la posible susceptibilidad del individuo al riesgo de enfermedad profesional y consecuentemente la aptitud para desarrollar la actividad con riesgo.

Si el resultado de la prueba revela la ineptitud del trabajador para el puesto de trabajo que vaya a ocupar no podrá ser contratado por la empresa, prohibición que establece expresamente el art. 196.3 LGSS y que se extiende a la continuación del trabajador en su puesto de trabajo cuando se mantenga la declaración de aptitud en los reconocimientos médicos sucesivos.

Respecto al carácter obligatorio del reconocimiento médico periódico trae consigo el deber del trabajador de someterse a estos exámenes de salud. El antecedente más inmediato de esta norma prevista en las disposiciones reguladoras de la enfermedad profesional, se halla en el art. 38.1 Orden de 9 de marzo de 1962, que reconoce el carácter obligatorio para el trabajador aunque no contemplas las consecuencias de su incumplimiento; si bien, esta negativa podría condicionar la continuidad en la empresa.

La periodicidad de los controles médicos obligatorios viene determinada en la normativa reglamentaria[672]. No obstante, con carácter

[672] La periodicidad varía en función del tipo de riesgo. Así, la Orden de 31 de octubre de 1984, por la que se aprueba el Reglamento sobre trabajos con riesgo de amianto, fija la periodicidad anual para los trabajadores potencialmente expuestos o los que hubieran estado con anterioridad y, cada tres años, para los que en ningún momento hayan estado potencialmente expuestos. El carácter anual también se contempla en el art. 9.3 Orden de 9 de abril de 1986, por la que se aprueba el Reglamento para la prevención de riesgos y protección de la salud por la presencia de cloruro de vinilo monómero en el ambiente de trabajo. La Resolución de 15 de Febrero de 1977, sobre el empleo de disolventes y otros compuestos que contengan benceno y la Orden de 19 de marzo de 1973, sobre examen médico de aptitud a menores de 21 años para el empleo en trabajos subterráneos en minas y canteras (BOE de 27 de enero de 1974), disponen que se practiquen cada seis meses. En el art. 21 Orden de 20 de enero de 1956, por la que se aprueba el Reglamento de higiene y seguridad en los trabajos realizados en cajones de aire comprimido, la periodicidad varia de tres a dos meses o uno en función de la presión a que sea sometido el trabajador. En el supuesto de actividades en las que el trabajador pueda exponerse a elevados niveles de ruido, los arts. 5, 6 y 7 Real Decreto 286/2006, de 10 de marzo, sobre protección de la seguridad y salud de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al ruido, se establece que la periodicidad sea quinquenal o trienal dependiendo de la intensidad del ruido. Más apropiada parece la consideración de la periodicidad de los reconocimientos médicos en función de lo que la doctrina científica aconseje, como así se regula en el art. 8 Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo y Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo. En el Real Decreto 1389/1997, de 5 de septiembre, por el que se aprueban las disposiciones mínimas destinadas a proteger la seguridad y salud de los trabajadores en las actividades mineras, la periodicidad se define por lo establecido en la legislación vigente, convenios colectivos y acuerdos de empresa. Por último, el RD 3255/1983, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Estatuto Minero, aunque menciona la periodicidad de los reconocimientos médicos, no indica periodo orientativo alguno.

general, para todo tipo de enfermedad profesional se prevé la realización de reconocimientos médicos postocupacionales. En este sentido, resulta bastante común que determinadas enfermedades manifiesten su tipología transcurrido cierto tiempo desde la finalización de la relación laboral en la que se estuvo en contacto con la fuente generadora del riesgo. Por tanto, extinguida la relación laboral, pueden manifestarse síntomas derivados de su exposición anterior a determinados riesgos. El conocimiento de estos hechos resulta imprescindible para la orientación de la comunidad científica hacia líneas de investigación dirigidas a la supresión de posibles enfermedades profesionales.

Por último, cualquiera de ellos goza de gratuidad para el trabajador, (lo que comprende los gastos de desplazamiento y la totalidad del salario), en línea con la evolución histórica-legislativa de la enfermedad profesional. Ello supone que el empresario sufraga los gastos que generan la realización de las pruebas médicas en los términos que establezcan la Ley y los convenios colectivos.

V. EL RECARGO DE PRESTACIONES POR INFRACCIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD. SU INTERACCIÓN CON OTRAS RESPONSABILIDADES EMPRESARIALES.

1. Consideraciones previas.

El recargo consiste en una institución específica y singular de nuestra normativa de Seguridad Social no subsumible plenamente en otras figuras jurídicas típicas. La finalidad del recargo, en una sociedad en la que se mantienen unos altos índices de siniestralidad laboral, es la de evitar, entre otras cuestiones, enfermedades profesionales originadas por infracciones empresariales de la normativa de riesgos laborales, imputables, por tanto, al empresario infractor, el que de haber adoptado, previamente, las oportunas medidas pudiera haber evitado el evento dañoso acaecido a los trabajadores incluidos en su círculo organizativo.

Se pretende impulsar coercitivamente de forma indirecta el cumplimiento del deber empresarial de seguridad, incrementando específicamente sus responsabilidades con el propósito de que a la empresa

no le resulte menos gravoso indemnizar al accidentado o enfermo profesional que adoptar las medidas oportunas para evitar riesgos de accidente[673].

2. Definición y requisitos.

El artículo 123 LGSS regula el recargo en los siguientes términos: "Todas las prestaciones económicas que tengan su causa en accidente de trabajo o enfermedad profesional se aumentarán, según la gravedad de la falta, de un 30 a un 50 por 100 cuando la lesión se produzca por máquinas, artefactos o en instalaciones, centros o lugares de trabajo que carezcan de los dispositivos de precaución reglamentarios, los tengan inutilizados o en malas condiciones, o cuando no se hayan observado las medidas generales o particulares de seguridad e higiene en el trabajo, o las elementales de salubridad o las de adecuación personal a cada trabajo, habida cuenta de sus características y de la edad, sexo y demás condiciones del trabajador".

Según reiterada doctrina judicial para la aplicación del mencionado artículo se han sentado una serie de requisitos:

a) Que la empresa haya incumplido alguna medida de seguridad, general o especial, y que ello resulte cumplidamente acreditado. Porque al ser medida sancionadora resulta aplicable la constitucional presunción de inocencia[674].

b) Que medie relación de causalidad entre la infracción y el resultado dañoso, lo que ha de resultar ciertamente probado, porque una obligada interpretación restrictiva (tiene naturaleza sancionadora) determina que esa relación de causalidad no se presume[675].

---

673 Lecturas recomendadas sobre el tema, CARDENAL CARRO, M. y HIERRO HIERRO, F.J., *El recargo de prestaciones*, ED. Bomarzo, Albacete, 2005; DURÉNDEZ SÁEZ, I., "El recargo de prestaciones", REDT nº 108, 2001 y CAMÓS VICTORIA, I., "La no compensación del recargo de prestaciones con cantidades abonadas en concepto de indemnización por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de un accidente de trabajo", AS nº 3, 2001.

674 STSJ Comunidad Valenciana de 12 de julio de 1994 (AS 1994/3233).

675 STCT de 14 de abril de 1986 (1986/2419).

c) Que exista culpa o negligencia por parte de la empresa -a veces se requiere que sea exclusiva y otras veces se admite que sea compartida-, porque la responsabilidad no es objetiva[676].

d) Que esa culpa o negligencia sea apreciable a la vista de la diligencia exigible, que resulta ser la propia de un prudente empleador, atendidos criterios de normalidad y razonabilidad, que son también los recogidos en el art. 16 Convenio nº 155 OIT[677].

3. Interpretación judicial del recargo de prestaciones.

De la anterior redacción y de los requisitos establecidos cabe señalar los siguientes extremos con relación a esta redacción y de la doctrina judicial emanada en los últimos años pueden establecerse los siguientes puntos:

1. Ha de partirse de la base de que la jurisprudencia tradicional ha venido destacando el carácter sancionador y no indemnizatorio del recargo en las prestaciones establecido en el art. 123 LGSS. Criterio ratificado por la STC 158/1985, de 26 de noviembre, al decir que dicho recargo "constituye una responsabilidad a cargo del empresario, extraordinaria y puramente sancionadora"[678]. Y ello aunque igualmente se haya entendido que pese a tan evidente carácter sancionador respecto del accidentado tiene un sentido de prestación adicional de carácter indemnizatorio que viene a atribuirle una naturaleza dual[679] y se haya llegado a sostener por la citada STC 158/1985, que al conllevar -la medida sancionadora del recargo- una mejoría de las prestaciones debidas al trabajador por el accidente de trabajo o la enfermedad profesional, para éste se convierte en una prestación sobreañadida de Seguridad Social.

2. En coherencia con tal planteamiento de naturaleza dual de sanción e indemnización, igualmente se ha afirmado la necesidad de que la existencia de

---

[676] Entre otras, SSTSJ de Asturias de 17 de junio de 1993 (AS 1993/2820) y de Castilla y León de 15 de noviembre de 1994 (AS 1994/4428).

[677] Entre otras, SSTSJ de Castilla La-Mancha de 30 de marzo de 1994 (AS 1994/1311) y de Cataluña de 7 de febrero de 1995 (AS 1995, 692).

[678] En la misma línea, las SSTS 8 de marzo de 1993 (1993/1714) y 8 de febrero de 1994 (AS 1994/815).

[679] STSJ de Murcia de 18 de abril de 1994 (1994/1503) y STSJ de Andalucía de 16 de septiembre de 1994 (AS 1994/3341.

la correlativa responsabilidad deba realizarse de manera restrictiva. Ahora bien, la reconocida vigencia de esta doctrina no significa que el precepto sancionador haya de inaplicarse o aplicarse con benevolencia, sino tan sólo que la operatividad del mismo se subordina al diáfano acreditamiento de una infracción normativa en materia de medidas de seguridad, sosteniéndose incluso que el recargo no puede fundamentarse en vulneración de un precepto que imponga obligaciones genéricas, en planteamiento -este último dudosamente razonable en su radicalismo y que rechaza parte de la doctrina jurisprudencial (así, la STSJ de 7 de febrero de 1995 (AS 1995/692). Y que la medida punitiva también se condiciona a la indiscutible prueba del oportuno nexo de causalidad entre aquella infracción y el accidente de trabajo.

3. El recargo requiere que exista culpa o negligencia por parte de la empresa, se plantea jurisprudencialmente el problema de la concurrencia de culpas y la incidencia que la negligencia del accidentado puede tener en la culpabilidad atribuible al empresario y en la consiguiente responsabilidad. Y para la doctrina jurisprudencial mayoritaria, la conducta negligente de la víctima puede exonerar del recargo, porque quiebra la relación de causalidad entre la infracción y el evento dañoso, de manera que el accidente de trabajo no ocurre propiamente por la falta de las medidas, sino por la imprudencia[680].

Para articular, pues, esa ruptura del nexo causal y exonerar de responsabilidad al empresario, la doctrina jurisprudencial mayoritaria se inclina -en el hipotético supuesto de concurrencia de culpas- por atender a la que sea más relevante, negando la existencia de recargo cuando sea de mayor importancia -a los efectos causales- la conducta del accidentado[681].

No obstante, en alguna que otra resolución se hace referencia a que sólo la preponderancia absoluta de la culpa del perjudicado y la irrelevancia de la imputable a la empresa excluyen la imposición del recargo[682]; y de manera intermedia algunas resoluciones entienden que el Magistrado debe tener en cuenta esa imprudencia de la víctima a manera de compensación de culpas,

---

[680] STS de 20 de marzo de 1985 (RJ 1985/1356), SSTCT de 21 de febrero de 1982 (RTCT 1982/1447) y 8 de octubre de 1986 (RTCT 1986/9172); SSTSJ de Canarias de 10 de diciembre de 1993 (AS 1993/5197), Cataluña de 14 de octubre 1993 (AS 1993/4539), Comunidad Valenciana de 12 de mayo de 1992 (AS 1992/2383) y Andalucía de 21 de febrero de 1995 (AS 1995/445).

[681] STSJ de Andalucía de 9 de octubre de 1992 (AS 1992, 6571).

[682] STSJ de Cantabria de 27 de noviembre de 1992 (AS 1992/5595).

para fijar la cuantía de recargo, dentro de los límites legales pero en su grado mínimo[683].

4. Compatibilidad del recargo con otras las distintas responsabilidades.

4.1 Consideraciones previas.

La producción de una enfermedad profesional como consecuencia del incumplimiento de medidas de seguridad o por la falta de éstas da lugar, la mayor parte de las ocasiones, a diversas responsabilidades de las que se deriva el derecho a sus correspondientes compensaciones, muy especialmente, al recargo de prestaciones *ex* art. 123 LGSS, así como a la necesidad de resarcir los daños y perjuicios derivados del accidente de trabajo de conformidad con lo dispuesto en los arts. 1101 y 1902 CC, donde se obliga a todo aquel que causa un daño a otro a repararlo. Y en este sentido se manifiestan diversos preceptos de nuestro ordenamiento.

Así, el artículo 42 LPRL, establece en su apartado 1 que el incumplimiento por los empresarios de sus obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales dará lugar a responsabilidades administrativas, así como, en su caso, a responsabilidades penales y a las civiles por los daños y perjuicios que puedan derivarse de dicho incumplimiento.

El apartado 3 del mismo precepto dispone que las responsabilidades administrativas que se deriven del procedimiento sancionador serán compatibles con las indemnizaciones por los daños y perjuicios causados y de recargo de prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social que puedan ser fijadas por el órgano competente, de conformidad con lo previsto en la normativa reguladora de dicho sistema.

Por su parte el artículo 123 LGSS, en su apartado 3, dispone que la responsabilidad que regula este artículo –recargo de prestaciones económicas en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional por falta de medidas de seguridad– sea independiente y compatible con las de todo orden, incluso penal, que puedan derivarse de la infracción.

---

[683] STCT de 26 de mayo de 1977 (RTCT 1977/2990).

4.2 Compatibilidad responsabilidad penal y recargo de prestaciones.

La compatibilidad entre las distintas responsabilidades, penal, administrativa, civil y laboral, que pueden ser exigidas al empresario presenta una regulación especial en cuanto a la exigencia simultánea de responsabilidad penal y administrativa.

En efecto, al tener naturaleza sancionadora la normativa reguladora de ambos tipos de responsabilidades, en aplicación del principio *non bis in idem* el ordenamiento ha proscrito la posibilidad de exigencia simultánea de responsabilidad penal y administrativa a un mismo sujeto, por unos mismos hechos y fundamentos determinando que, en ese caso, se exigirá responsabilidad penal y, únicamente en el supuesto de que recaiga sentencia firme, estimando que no existe ilícito penal, o resolución de otro tipo que ponga fin al procedimiento penal, la administración podrá continuar el expediente sancionador, a fin de determinar si los hechos son, en su caso, constitutivos de ilícito laboral.

A este respecto el artículo 3.1 LISOS determina "no podrán sancionarse los hechos que hayan sido sancionados penal o administrativamente en los casos en que se aprecie identidad de sujeto, de hecho y de fundamento".

En el apartado 2 establece que "en los supuestos en que las infracciones pudieran ser constitutivas de ilícito penal, la Administración pasará el tanto de culpa al órgano judicial competente o al Ministerio Fiscal y se abstendrá de seguir el procedimiento sancionador mientras la autoridad judicial no dicte sentencia firme o resolución que ponga fin al procedimiento o mientras el Ministerio Fiscal no comunique la improcedencia de iniciar o proseguir actuaciones".

El apartado 3 del precepto dispone que "de no haberse estimado la existencia de ilícito penal, o en el caso de haberse dictado resolución de otro tipo que ponga fin al procedimiento penal, la Administración continuará el expediente sancionador en base a los hechos que los Tribunales hayan considerado probados".

En cuanto a la vinculación que los hechos probados de una sentencia recaída en un expediente sancionador, pueda tener en sentencias que se dicten por los órganos del orden jurisdiccional social, el artículo 42.5 LISOS dispone que "la declaración de hechos probados que contenga una sentencia

firme del orden jurisdiccional Contencioso-Administrativo, relativa a la existencia de infracción a la normativa de prevención de riesgos laborales, vinculará al orden social de la jurisdicción, en lo que se refiere al recargo, en su caso, de la prestación económica del sistema de Seguridad Social".

4.3 Compatibilidad recargo de prestaciones e indemnización por daños y perjuicios.

4.3.1 Competencia del orden social.

Aunque el daño (enfermedad profesional) es único, las vías para alcanzar el resarcimiento del mismo son varias, abriéndose, de esta manera, la posibilidad del ejercicio de distintos tipos de acciones para obtener dicho resarcimiento ante el orden jurisdiccional social, ya que tal y como se establece por el propio TS, entre otras, en la STS de 30 de septiembre de 1997[684] al margen de la competencia jurisdiccional penal por la responsabilidad civil derivada de los delitos, "la competencia del orden social se extiende tanto a la reclamación de prestaciones de Seguridad Social, como a la reclamación de los incrementos o recargos de las mismas por incumplimiento de medidas de seguridad e higiene art. 123 LGSS), como en su caso la responsabilidad civil (laboral) añadida a las anteriores (art. 127 de la propia Ley)".

El conocimiento de las reclamaciones por accidente de trabajo corresponde, así pues, al orden jurisdiccional social, no sólo en relación con el derecho a las prestaciones y el recargo atribuible a éstas cuando la enfermedad se haya producido por incumplimiento de las medidas de seguridad e higiene en el trabajo, sino que también en relación con la responsabilidad civil de origen contractual derivada del incumplimiento de un deber de protección del empresario frente al trabajador en el ámbito del contrato de trabajo[685].

4.3.2 Respeto al principio non bis in idem.

[684] RJ 1997/6853.

[685] Lectura recomendada sobre la indemnización de daños y perjuicios en estas situaciones, CORREA CARRASCO, M., *Accidente de trabajo, responsabilidad empresarial y aseguramiento*, Ed. Bomarzo, Albacete, 2008.

La compatibilidad de responsabilidades que se sustenta en el hecho de considerar que nos encontramos ante responsabilidades cuya finalidad es distinta, permite salvar la posible vulneración del principio de *non bis in idem*, puesto que como reconoce la STC 159/1985, de 25 de noviembre esta regla "no siempre imposibilita la sanción de unos mismos hechos por autoridades de distinto orden y que los contemplen, por ello, desde perspectivas diversas (por ejemplo, como ilícito penal y como infracción administrativa o laboral)" y que por su misma naturaleza "sólo podrá invocarse en el caso de duplicidad de sanciones, frente al intento de sancionar de nuevo desde la misma perspectiva de defensa social, unos hechos ya sancionados, o como medio para obtener la anulación de la sanción posterior".

a. Compatibilidad y su efecto práctico: la no compensación del recargo de prestaciones con cantidades abonadas en concepto de indemnización de daños y perjuicios.

La cuestión objeto de controversia debe llevar a defender una de las dos teorías siguientes:

- Recargo e indemnización son responsabilidades autónomas para fijar el importe de la indemnización, por lo que no debe tenerse en cuenta las cantidades ya reconocidas anteriormente con esa misma finalidad de resarcir el perjuicio patrimonial o para compensar el daño moral.

- O si, por el contrario, estamos ante formas o modos de resolver la misma pretensión aunque tengan lugar ante vías jurisdiccionales o procedimientos diversos que han de ser estimados como partes de un total indemnizatorio, y por ello las cantidades ya recibidas han de computarse para fijar el "*quantum*" total.

El efecto práctico de mantener que el recargo de prestaciones y la indemnización por daños y perjuicios no contemplan el hecho desde la misma perspectiva, y que obedecen a finalidades distintas, se traduce en que no es posible admitir la compensación o reducción de la indemnización por el daño o perjuicio sufrido a consecuencia del accidente de trabajo del denominado recargo de prestaciones por infracción de medidas de seguridad a que hace referencia el art. 123 LGSS, con lo que nos situaríamos en la primera de las teorías expuestas en el párrafo anterior.

En este sentido, respecto a la compensación económica por daños y perjuicios sufridos a consecuencia del accidente de trabajo, la jurisprudencia unificadora viene proclamando, por todas la STS de 2 de octubre de 2000, que

el trabajador accidentado o sus causahabientes tienen como regla, derechos a su reparación íntegra, así como que las consecuencias dañosas de las enfermedades profesionales no afectan sólo al ámbito laboral y a la merma de capacidad de tal naturaleza que pueda sufrir el trabajador accidentado, sino que pueden repercutir perjudicialmente en múltiples aspectos o facetas de su vida personal, familiar o social de y de las que personas que del mismo dependan; también se proclama que los perjudicados no deben enriquecerse injustamente percibiendo indemnizaciones por encima del límite racional de una compensación plena[686].

Además, el TS invoca el carácter de sanción *sui generis* que es posible atribuir al recargo, ya que junto con la finalidad propiamente sancionadora, el recargo tiene por objeto evitar las enfermedades profesionales originadas por infracciones empresariales de la normativa de riesgos laborales, tal y como dispone el TS "se pretende impulsar coercitivamente de forma indirecta el cumplimiento del deber empresarial de seguridad, incrementando específicamente sus responsabilidades con el propósito de que a la empresa no le resulte menos gravoso indemnizar al accidentado que adoptar las medidas oportunas para evitar riesgos de accidente".

Por tanto, la STS de 2 de octubre de 2000 mantiene, de un lado, que la independencia y compatibilidad a que hace referencia el art. 123 LGSS, debe ser interpretada en sentido literal, de tal forma que permitiría actuar al recargo con total libertad, no sujeta a límite alguno más que el derivado del contenido del mencionado artículo y desvinculada de otras responsabilidades que cupieran, y de otro, que la finalidad del recargo es incrementar las prestaciones a que tenga derecho el trabajador enfermo "como persona que ha sufrido directamente la infracción empresarial y dentro de los límites establecidos en función exclusiva a la gravedad de la infracción y no del daño"[687].

4.3.3 Tesis contrarias: la compensación.

Como referente de la tesis a favor de la compensación entre recargo e indemnización por daños y perjuicios cabe señalar los argumentos expuestos

---

[686] RJ 2000/9673.

[687] CAMÓS VICTORIA, I., "Las responsabilidades que se derivan del accidente de trabajo por incumplimiento de las medidas de seguridad y el orden jurisdiccional competente", Aranzadi Social nº 3, 2001.

en la STS de 17 de febrero de 1999[688], que pueden resumirse en los siguientes:

1. A falta de norma legal expresa en materia laboral la indemnización, en principio alcanzará sin limitación los daños y perjuicios que como derivados del accidente de trabajo acrediten, aunque para facilitar la prueba o para formar el criterio judicial valorativo los órganos judiciales, puedan acudir analógicamente, como posibilita el art. 4.1 CC, a las normas del ordenamiento jurídico que ante determinadas secuelas o daños establezcan módulos indemnizatorios.

2. Como manifestación del principio general de nuestro ordenamiento jurídico deducible, entre otros, de los arts. 1101 y 1902 del Código Civil, que obliga a todo el que causa un daño a otro a repararlo, cabe afirmar que en el ámbito laboral y a falta de norma expresa que bareme las indemnizaciones o establezca topes a su cuantía, en principio la indemnización procedente deberá ser adecuada, proporcionada y suficiente para reparar o compensar plenamente todos los daños y perjuicios (daño emergente, lucro cesante, daños materiales y morales), que como derivados del accidente de trabajo se acrediten sufridos en las esferas personal, laboral, familiar y social.

3. Del referido principio se deduce la exigencia de proporcionalidad entre el daño y reparación y, *a sensu contrario*, que la reparación –dejando aparte supuestos o aspectos excepcionales, de matiz más próximo al sancionatorio, como puede acontecer respecto al recargo de prestaciones por infracción de medidas de seguridad «ex» art. 123 LGSS–, no debe exceder del daño o perjuicio sufrido o, dicho de otro modo, que los dañados o perjudicados no deben enriquecerse injustamente percibiendo indemnizaciones por encima del límite racional de una compensación plena.

En este sentido, aunque la jurisprudencia civil reitera que la responsabilidad civil es compatible con la derivada de la relación de trabajo, tratándose de dualidad de pretensiones no incompatibles entre sí cabe entender que tal compatibilidad no implica duplicidad en el derecho al percibo de indemnizaciones reparadoras por el mismo daño o perjuicio sufrido de estar con una de ellas completamente reparados o compensados tales daños o perjuicios.

4. De la jurisprudencia social es dable deducir análogos principios tendentes a evitar duplicidades indemnizatorias. En esta línea cabría invocar,

[688] RJ 1999/2598.

entre otras, la STS de 10 de diciembre de 1998, en la que aborda la cuestión de los límites del derecho a la restitución y la posibilidad de ejercicio de distintos tipos de acciones para alcanzar resarcimiento de un daño, según las circunstancias de hecho que pueden servir de apoyo a esa pretensión de indemnización, afirmándose que, ante la pluralidad de vías procesales. Para obtener la reparación de tal tipo de daños, son criterios esenciales a respetar que «a) Existe un solo daño que hay que compensar o indemnizar, sin perjuicio de las distintas reclamaciones que puedan plantearse; y b) debe existir también, en principio un límite en la reparación, daño, conforme a las previsiones del Código Civil, aplicables a todo el ordenamiento», entre las dos opciones que plantea, en orden a concretar si ante el hecho de poderse ejercitar acciones de distinta naturaleza «si las mismas al ser compatibles son igualmente independientes, en el sentido de ser autónomas para fijar el importe de la indemnización sin tener en cuenta las cantidades ya reconocidas anteriormente con esa misma finalidad de resarcir el perjuicio patrimonial o para compensar el daño moral», «o si, por el contrario estamos ante formas o modos de resolver la misma pretensión aunque tengan lugar ante vías jurisdiccionales o procedimiento diversos, que han de ser estimadas como partes de un acto indemnizatorio, y por ello las cantidades ya recibidas han de computarse para fijar el quantum total», se inclina por esta segunda, argumentado que el quantum indemnizatorio ha de ser único, concluyendo que «no puede hablarse que estemos en presencia de dos vías de reclamación compatibles y complementarias y al mismo tiempo independientes, en el sentido de ser autónomas para fijar el importe de la indemnización, sin tener en cuenta lo que hubiera recibido con esa misma finalidad de resarcir el perjuicios, pues estamos ante formas diversas de resolver la única pretensión indemnizatoria, aunque tenga lugar ante vías jurisdiccionales y procedimientos diversos que han de ser estimadas formando parte de un total indemnizatorio.

Por todo lo anterior, cabe concluir que para la determinación de la indemnización de los daños y perjuicios de toda índole de un accidente de trabajo deben detraerse o computarse las prestaciones reconocidas en base a la normativa protectora de la Seguridad Social.

Además de la sentencia expuesta resulta interesante reflejar el voto particular contenido en la STS de 2 de octubre de 2000, que se manifiesta a favor de la compensación.

1. Hay un principio general del Derecho de daños que consiste en que la indemnización no debe ser superior al perjuicio que repara. Por ello, desde el momento en que el recargo se abona por el productor del daño al perjudicado, como consecuencia de la responsabilidad de aquél en el accidente del que deriva el perjuicio de éste, su importe debe computarse como una partida de la indemnización. Si no es así y si como consecuencia de ello el total de lo abonado al perjudicado por el responsable del daño supera el importe en que se valora éste, entonces una parte de la cantidad abonada ya no es una reparación, sino que supone un sacrificio adicional impuesto al responsable del daño –con un correlativo enriquecimiento del perjudicado– que hay que vincular a otra finalidad distinta: una finalidad represiva o preventiva "pura" que es la propia de las sanciones aflictivas o punitivas frente a la finalidad resarcitoria de las indemnizaciones. En algunos sistemas esa función represiva o preventiva pura se incorpora a los mecanismos de reparación, en lo que se conoce como "indemnizaciones punitivas". Pero en nuestro ordenamiento esa función se cumple ya a través del régimen de sanciones administrativas.

2. No puede decirse, por tanto, que la finalidad preventiva del recargo justifique la exclusión de su descuento de la indemnización por daños, porque, con independencia de que todo sistema de reparación cumple una función preventiva, en el ordenamiento español las funciones preventivas que exceden de la reparación tienen que instrumentarse necesariamente a través del sistema penal o administrativo cuando las correspondientes infracciones están definidas como sancionables en éstos. Por ello, si el recargo no se descuenta de la indemnización y, sumado a ella, excede de la reparación del daño, pierde su función reparadora y se convierte en una sanción punitiva afectada por el principio "*non bis in idem*" cuando, como sucede en el presente caso, se ha impuesto también una sanción administrativa del mismo carácter por el mismo hecho. Esta conclusión no puede obviarse afirmando que el recargo no es una sanción en sentido formal, sino una consecuencia de una infracción administrativa en otro plano, porque lo decisivo desde una perspectiva material, que es la que aquí importa, es que todo lo que excede de la reparación es sanción punitiva y esta conclusión no cambia porque el importe de la sanción, en lugar de ingresarse en el Tesoro Público o en el patrimonio de la Seguridad Social, pase al patrimonio de la víctima o de sus familiares. La vía para mantener la constitucionalidad del recargo frente al principio "*non bis in idem*" es aceptar plenamente su carácter de indemnización y descontar su importe de la que corresponda pagar para cubrir el total de los daños causados, lo mismo que se deduce el importe de lo abonado por la Seguridad Social por el aseguramiento en ella de la responsabilidad objetiva del empresario por los accidentes de trabajo/enfermedades profesionales. Así lo ha hecho la LPRL,

que, en su artículo 42.3, separa "las responsabilidades administrativas" de "las indemnizaciones por los daños y perjuicios causados y de recargo.

3. Es cierto que tanto el artículo 123.3 LGSSS como el artículo 42.3 LPRL establecen la compatibilidad del recargo con las prestaciones de la Seguridad Social y la indemnización por daños. Pero compatibilidad no supone necesariamente acumulación sin límite de las diversas medidas de reparación. Es posible también la compatibilidad con aplicación de un criterio que imponga un límite en función de la reparación total.

4. Por último, hay que aclarar que la solución que se propone no elimina la diferencia de trato que la Ley establece entre la reparación del accidente de trabajo/enfermedades profesionales con infracción de medidas de seguridad y la del que se produce sin que concurra esa infracción. Es así, porque mientras que en este último caso se aplicarán las prestaciones de la Seguridad Social exclusivamente, en el segundo se añadirán a éstas el recargo y la indemnización por daños en la cuantía que proceda, pues esta indemnización sólo se aplica en caso de culpa del empresario, como establece el artículo 127.3 LGSS.

5. Por otra parte, hay que puntualizar que el reconocimiento del carácter indemnizatorio del recargo no elimina su relevancia en orden a la protección de los trabajadores accidentados/enfermados o de sus beneficiarios en la medida en que el carácter automático de la mejora de la cobertura en función de la existencia de una infracción de las normas de prevención permite por lo general una protección más rápida y más accesible para aquéllos.

En cualquier caso, este voto particular rechaza que la compatibilidad suponga necesariamente una acumulación sin límites de las diversas medidas de reparación, sosteniéndose que es posible defender dicha compatibilidad con la aplicación de un criterio que imponga un límite en función de la reparación total.

4.4 Criterios relativos a la fijación de cantidad impuesta en el recargo.

Según reiterada doctrina judicial, valga por todas las STS de 2 de octubre de 2000, antes mencionada, respecto a esta cuestión cabe señalarse los siguientes extremos:

a) El recargo ostenta un carácter sancionador y, por ende, el precepto regulador de este aumento porcentual ha de ser interpretado restrictivamente, por lo que, partiendo de aquella naturaleza, se ha declarado que, como regla, no se aplica el recargo a las mejoras voluntarias de la acción protectora, pues aunque estén incluidas en el área protectora de la Seguridad Social y participen de los caracteres que ostentan las prestaciones propias de ésta no supone que les sean de aplicación todas las disposiciones reguladoras de las prestaciones propias e imperativas de la Seguridad Social[689].

b) Como quedó expuesto anteriormente, el recargo "es una pena o sanción que se añade a una propia prestación, previamente establecida" por lo que su "imputación sólo es atribuible, en forma exclusiva, a la empresa incumplidora de sus deberes en materia de seguridad e higiene en el trabajo"[690].

c) En orden a su abono, está exento de responsabilidad el INSS, como sucesor del Fondo de Garantía de Accidentes de Trabajo, recayendo la responsabilidad directa y exclusivamente sobre el empresario, lo que se fundamenta como una consecuencia de su carácter sancionatorio. Además, el referido carácter del recargo y su no configuración como una verdadera prestación de la Seguridad Social, impide pueda ser objeto de aseguramiento público o privado[691].

d) En la vía del recurso judicial, es dable controlar la cuantía porcentual del recargo fijada por el Juez de instancia, habiéndose declarado que la Sala de lo Social del TSJ que conoce del recurso de suplicación puede modificar la cuantía porcentual del recargo de prestaciones fijada en la instancia cuando el recargo impuesto no guarde manifiestamente proporción con la directriz legal de fijarse en atención a la "gravedad de la falta"[692]. No se hace, por tanto, referencia en la doctrina jurisprudencial a la proporcionalidad de la cuantía del recargo con la gravedad del daño causado al trabajador accidentado o con su situación de necesidad derivada de las consecuencias de la contingencia profesional sufrida, sino con la gravedad de la infracción cometida por el empresario.

---

[689] STS de 11 de julio de 1997 (RJ 1997, 6258).

[690] Entre otras, STS de 20 de mayo de 1994 (RJ 1994/4288).

[691] STS de 22 de septiembre de 1994 (RJ 1994/7170)

[692] STS de 19 de enero de 1996 (RJ 1996, 112).

d) En orden a la problemática específica del alcance de la responsabilidad empresarial sobre el recargo en caso de contratas y subcontratas, se constituye como elemento decisivo para determinar la responsabilidad de los empresarios concurrentes la idea del "empresario infractor", al que le atribuye la responsabilidad el artículo 123.2 de la Ley General de la Seguridad Social[693].

4.5 El recargo y la enfermedad profesional en la reciente doctrina judicial.

STSJ de País Vasco de 26 de junio de 2007 (as 2007/3194): recargo y enfermedad profesional

El tribunal considera ajustado a derecho el recargo de prestaciones en un 40%, confirmando la Resolución del INSS que ha declarado que la enfermedad profesional que padece el trabajador demandado se ha producido por falta de medidas de seguridad. Conclusión a la que se llega por las siguientes consideraciones:

a) La empresa demandante realizó reconocimientos médicos, pero no incluían audiometría hasta el año 1994, siendo ésta una prueba precisa para evaluar precisamente la salud en relación con el sometimiento a niveles altos de ruido, todo ello respecto a un trabajador que prestaba servicios desde 1992.

b) La empresa no ha realizado todas las evaluaciones o mediciones de ruidos precisas.

En efecto, en cuanto a la falta de realización de reconocimientos médicos, es preciso recordar que el artículo 196.1 LGSS, prevé que " todas las empresas que hayan de cubrir puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales están obligadas a practicar un reconocimiento médico previo a la admisión de los trabajadores que hayan de ocupar aquéllos y a realizar los reconocimientos periódicos que para cada tipo de enfermedad se establezcan en las normas que, al efecto, dictará el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social".

El marco normativo de prevención de los riesgos laborales obliga al empresario a vigilar la salud de los trabajadores, lo que ha traído como

[693] STS de 16 de diciembre de 1997 (RJ 1997/9320).

consecuencia la obligación de practicar reconocimientos médicos en las concretas empresas con puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales, entre otras, aquellas empresas en las que el nivel de ruido sea superior a los 80 dB.

Esta obligación de realizar reconocimientos médicos ya venía impuesta a las empresas por RD 1316/1989[694] de cuyo articulado resulta claro que la empresa ha incurrido en algunos incumplimientos de normas claves para evitar el resultado dañoso para el trabajador sometido a un nivel de ruido mínimo de 89,6 decibelios, como el que padecía el demandado en su puesto de trabajo. Así, el empresario venía obligado a practicar reconocimientos médicos incluyendo control de la función auditiva, como mínimo cada tres años, y no consta lo haya hecho al inicio de la relación laboral (artículo 196 LGSS), aparte de que tampoco ha realizado aquel examen anual que imponía la normativa reglamentaria, sino es ya hasta fechas posteriores al reconocimiento de aquellas lesiones permanentes no invalidantes de origen profesional.

Tampoco se ha cumplido con la obligación de realizar debidamente el parte de enfermedad profesional, lo que no se ha hecho sino es hasta 2005 como pronto, lo que ha determinado, aparte del incumplimiento reglamentario de un lado, que no se haya cumplido escrupulosamente el artículo 14 punto 3 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, o su artículo 16 punto 2 letra a (en materia de actualización de la evaluación de riesgos laborales) y o su punto 3 (investigar cuando se produce el daño).

STSJ de Cataluña de 30 de octubre de 2007 (AS 2007/168): recargo y enfermedad profesional

Resulta patente del relato de hechos probados que por parte de la Administración Pública demandada se ha producido un incumplimiento del deber que tiene el empresario de garantizar a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo, y a la protección de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, obligaciones todas ellas que no fueron sido cumplidas por el Departament de Política Territorial I Obres Publiques de la Generalitat de Catalunya, estando en relación directa tales incumplimientos con el resultado lesivo producido en la salud del trabajador, pues si bien consta acreditado que éste no presentaba al inicio de su relación laboral síntoma alguna de incapacidad para el desarrollo de la función propia de la actividad laboral

[694] Esta normativa se encuentra derogada por el RD 286/2006, de 10 de marzo.

encomendada por la empleadora, no es menos que a partir de 1999 venía siendo atendido de problemas alérgicos, habiendo padecido situaciones de incapacidad temporal en los años 2000 y 2001 por las mismas causas por las que posteriormente fue declarado en incapacidad permanente total para su profesión de peón de obras públicas derivada de enfermedad profesional, sin que la Entidad Pública mencionada adoptara medida de prevención y protección integral de la salud del trabajador hasta el año 2002 en que por Resolución administrativa se acordó el cambio de puesto de trabajo cuando éste ya había adquirido la enfermedad, por lo que habiéndose acreditado la falta de adecuación del puesto de trabajo al trabajador sin que se adoptara medida alguna pues no lo es la compra o mera puesta a disposición de algunos elementos de protección si no se obliga a su utilización, es evidente que con la actitud de la empleadora se produjo la infracción de lo dispuesto con carácter general en el artículo 123 LGSS y de las medidas previstas en los preceptos legales citados más arriba por lo que procede la desestimación del motivo de suplicación en lo que a los tres primeros apartados se refiere.

STSJ de País Vasco de 26 de septiembre de 2007 (AS 2007/973): recargo y enfermedad profesional

Consecuencia del incumplimiento es la sanción administrativa por infracción grave por «no realizar los reconocimientos médicos y pruebas de vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores que procedan conforme a la normativa sobre prevención de riesgos laborales, o no comunicar su resultado a los trabajadores afectados», que prevé el artículo 12.2 del Texto Refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, aprobado por RDL 5/2000, de 4 de agosto. Paralelamente, el artículo 197.2 LGSS prevé, la responsabilidad directa del empresario en cuanto al pago de todas las prestaciones que puedan derivarse en casos de enfermedad profesional, cuando se haya incumplido la obligación del reconocimiento previo o periódico del trabajador. Se trata, sin duda, de una forma de resarcir, en este caso, a la entidad aseguradora del riesgo en cuestión, por entender la norma que la contingencia no habría sobrevenido si el empresario hubiera cumplido plenamente, su obligación de practicar los reconocimientos médicos a que viene obligado.

En el presente caso, el empresario venía obligado a practicar reconocimientos médicos al trabajador anualmente, habida cuenta de que se hallaba sometido en su puesto de trabajo a ambiente ruidoso superior a los 90

dB, obligación que no ha sido plenamente cumplida por la recurrente, ya que desde la promulgación de la norma sólo consta que se han practicado los reconocimientos a partir del año 2003, faltando el reconocimiento previo, así como los preceptivos reconocimientos anuales desde el año 1994. Así, el incumplimiento es claro Pero además, hay que hacer notar que el empresario tampoco ha practicado el reconocimiento médico previo al ingreso al trabajo que prevé el art. 196 LGSS, lo que supone también otro incumplimiento de la normativa de referencia.

Por todo lo anterior, se mantiene la existencia de responsabilidad empresarial por falta de medidas de seguridad e higiene en la enfermedad profesional del trabajador, procediendo al incremento del 40% en las prestaciones.

STSJ de País Vasco de 12 de septiembre de 2007 (AS 2007/1055): graduación del recargo

En esta sentencia se analiza una serie de incumplimientos, de forma genérica en los arts. 123 y 196 y 197 LGSS, y de manera más particular también ha supuesto una plasmación de infracciones jurídicas de otras normas que ahora la empresarial no cita, cuales son los arts. 31 y 33 RD 1316/1989, sobre protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de la exposición al ruido durante el trabajo[695], así como los arts. 7 y 9 del mismo texto, pues no en vano se hace alusión a la inexistencia de partes de enfermedad profesional, a la articulación exclusiva de solo unas medidas técnicas, en supuestos de superación de los 90dB, a la no acreditación de las restricciones en el acceso a la falta de audiometrías anuales, a la inexistencia de otoscopias en los reconocimientos médicos y a la ausencia completa de registro-archivo o investigación específica de los datos correspondientes a la contingencia profesional de enfermedad profesional, no habiendo la empresarial revisado en la evaluación de sus riesgos profesionales la materia ya discutida. Es por ello, que estas omisiones o incumplimientos, son suficientes para ponderar la fijación del porcentaje del recargo en 40%, pues atendiendo a tales circunstancias del caso y a la gravedad de la falta, no existe posibilidad, no ya solo de la anulación de tal declaración, sino incluso de su reducción por posibles aplicaciones, graduaciones leves o compensaciones

[695] Esta normativa se encuentra derogada por el RD 286/2006, de 10 de marzo.

que puedan observarse en la conducta empresarial que permitan modular el recargo en sus distintos grados.

STSJ de Andalucía de 12 de mayo de 2005 (AS 2005/3594): no apreciación del recargo por ausencia de nexo causal en la enfermedad profesional del trabajador

El recargo de prestaciones de la Seguridad Social cuando deriva de la omisión de medidas de Seguridad e Higiene en el Trabajo causantes del accidente exige, según reiterada jurisprudencia, la existencia de nexo causal adecuado entre el siniestro del que trae causa el resultado lesivo para la vida o integridad física de los trabajadores y la conducta pasiva del empleador, consistente en omitir aquellas medidas de seguridad impuestas por normas reglamentarias respecto a máquinas, instrumentos o lugares de trabajo, excluyéndose la responsabilidad empresarial cuando la producción del evento acontece de manera fortuita, de forma imprevista o imprevisible, sin constancia diáfana del incumplimiento por parte del empleador de alguna norma de prevención, o por imprudencia del propio trabajador accidentado, cuando no se acogen o utilizan las medidas adoptadas por la empleadora y puestas a su disposición.

Según pues dicha doctrina mencionada, en el caso expuesto no puede establecerse el nexo de causalidad adecuado entre la conducta del trabajador y las medidas de seguridad existentes, en principio suficientes si no hubieran concurrido otros factores como fue sin duda la predisposición o menor tolerancia del trabajador por su adicción a la cocaína por inhalación.

Además, teniendo en cuenta que eran los fontaneros los que tenían contacto directo con los productos considerados nocivos y no consta que alguno de éstos padecieran enfermedad como consecuencia de la manipulación de los pegamentos o compuestos para el sellado de las tuberías, la empresa sin tener evidencia de las consecuencias nocivas que estos productos podían presentar, al venir usándolos por contacto directo los fontaneros normalmente, sin complicación alguna, no podía prever medida alguna por contacto no directo y en el corto espacio de dos días de trabajo como sucedió en el caso del trabajador.

STSJ de Cataluña de 22 de abril de 2005 (AS 2005/2847): recargo y enfermedad profesional

Al inicio de la relación laboral ni en el transcurso de la misma, que duró más de diez años, la trabajadora fue objeto de reconocimientos médicos previos y periódicos acerca del riesgo de enfermedad profesional, a pesar de que desarrollaba su trabajo como peluquera en un ambiente en que existen diversos productos irritantes por inhalación (lacas, líquido de permanentes, tintes, decolorantes), habiendo estado en situación de incapacidad temporal de forma repetida en fechas, existiendo indicios más que suficientes para creer racionalmente en la existencia de una relación de causa-efecto entre el asma sufrida por la trabajadora y las condiciones laborales en que se desenvolvía su trabajo. Además, la empresa no ha efectuado una evaluación inicial de los riesgos existentes hasta el año 2002, incumpliendo de esa manera lo establecido en diversos artículos del ET, la LPRL y en el art. 196 LGSS, sobre normas específicas para enfermedades profesionales.

Todo ello justifica el recargo de prestaciones por existir racionalmente un nexo causal entre las lesiones que padece la trabajadora y la realización de su trabajo habitual, sin que pueda entenderse que se está ante un caso fortuito, dada la existencia de relación laboral de más de diez años, el ambiente de trabajo en el que trabajaba la trabajadora, el hecho de que hubiera estado en múltiples ocasiones en situación de incapacidad temporal, el no haber efectuado reconocimientos médico de tipo alguno, y no haber evaluado los riesgos laborales existentes hasta el año 2002, demostrativos de infracción de la normativa vigente en la materia, que hace aplicable lo establecido en el art. 123 LGSS no habiéndose observado las medidas generales y particulares de prevención, ni tampoco la adecuación personal de la trabajadora a trabajar con determinados productos químicos, debiéndose tener en cuenta que el recargo ha sido impuesto en el porcentaje del 30%, es decir, en el mínimo previsto por la norma.

VI. CONCLUSIONES

1. La obligación legal de ofrecer protección frente a las enfermedades se contiene de manera genérica en la LPRL que delimita la deuda empresarial frente al trabajador.

2. La interpretación de la obligación legal de protección frente a las enfermedades profesionales realizada por la doctrina judicial ha dado lugar a

múltiples interpretaciones, siendo dominante aquella que considera que nuestro sistema legal ofrece una protección cuasi-objetiva al trabajador.

3. Las medidas preventivas en el caso de enfermedades profesionales se dirigen hacia la recolocación del trabajador con objeto de que la enfermedad no evolucione y al reconocimiento médico para detectar posibles alteraciones en la salud del trabajador.

4. El recargo de prestaciones actúa como mecanismo reparador para el trabajador por el incumplimiento de las medidas preventivas que se traduzca en enfermedad profesional y como mecanismo sancionador-represivo para el empresario quien asume el pago, sin posibilidad de aseguramiento, de la cantidad fijada.

5. El recargo de prestaciones es compatible con la responsabilidad civil, determinando la jurisprudencia que son responsabilidades autónomas, por lo que para fijar el importe de la indemnización por daños y perjuicios no debe tenerse en cuenta las cantidades ya reconocidas anteriormente con la misma finalidad.

CAPÍTULO VII

LA GESTIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES: OBLIGACIONES DE MUTUAS Y EMPRESAS

Belén García Romero
Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de Murcia

SUMARIO:

I.- PECULIARIDADES EN LA GESTIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

1. La gestión de la enfermedad profesional: aspectos generales.
2. Normas aplicables a las enfermedades profesionales.
   2.1. Reconocimientos médicos.
   2.2. Periodo de observación por enfermedad profesional
   2.3. Traslado de puesto de trabajo
   2.4. Baja en la empresa
3. El nuevo cuadro de Enfermedades profesionales.
4. El nuevo sistema de notificación de los partes de enfermedad profesional
5. Determinación del carácter profesional de la enfermedad.

II.- EL ASEGURAMIENTO DE LOS RIESGOS PROFESIONALES EN UNA MATEP.

1. La gestión integral de los riesgos profesionales por la MATEP: el ámbito preventivo y reparador.
2. Referencia a las actividades preventivas.
3. Las actuaciones de las MATEP en el ámbito reparador.
   3.1. Competencias y prestaciones que dispensan.
   3.2. El aseguramiento de las enfermedades profesionales. Evolución normativa
   3.3. La capitalización de las pensiones derivadas de enfermedad profesional.
      3.3.1. Regulación.
      3.3.2. Cálculo del capital coste
      3.3.3. Ámbito material de la capitalización.
      3.3.4. Determinación de la MATEP responsable de la constitución del capital coste.
         A) Prestaciones de incapacidad permanente.
         B) Prestaciones de muerte y supervivencia
         C) Situaciones de pluriempleo y pluriactividad.
      3.3.5. La inclusión del reaseguro obligatorio en la protección de las enfermedades profesionales.
4. Régimen financiero de la colaboración en la gestión de las contingencias profesionales por las Mutuas.

III.- LA COLABORACIÓN DE LAS EMPRESAS EN LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

1. La colaboración obligatoria: el pago delegado de prestaciones.
2. La colaboración voluntaria en riesgos profesionales
    2.1. Ámbito de la colaboración
    2.2. Condiciones de las empresas.
    2.3. Reconocimiento y control de las situaciones protegidas.
    2.4. Régimen financiero

IV. CONCLUSIONES

I.- PECULIARIDADES EN LA GESTIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

1. La gestión de la enfermedad profesional: aspectos generales.

La "gestión de las enfermedades profesionales" como integrantes de las contingencias profesionales comprende las diferentes formas existentes de intervención- pública y privada- en la gestión de la Seguridad Social, y de las prestaciones generadas por dicha contingencia. El aseguramiento público coexiste con el privado, a través de la colaboración que ofrecen las mutuas empresariales y de la posible actuación de las empresas "autoaseguradoras" en la gestión de este tipo de riesgo.

En efecto, la empresa puede ocuparse de la cobertura de las contingencias profesionales de sus trabajadores, a través de una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEP), o bien a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Además, existe la posibilidad de colaboración voluntaria de la empresa en la prestación de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales, y por tanto de la enfermedad profesional[696].

Las prestaciones económicas derivadas de una enfermedad profesional son: incapacidad temporal, incapacidad permanente, lesiones permanentes no invalidantes y prestaciones por muerte y supervivencia.

En función del tipo de prestación y de la modalidad elegida por la empresa para la cobertura, la gestión se atribuye a dicha entidad, teniendo en cuenta lo siguiente.

a) Prestaciones por incapacidad temporal (IT) y período de observación de la enfermedad profesional.

---

[696] MORENO VIDA, Mª N.,: "Actuación en el ámbito de las contingencias profesionales", en AA.VV, *Los perfiles de la Mutua de Accidente de Trabajo*, Aranzadi, 2005, pág. 68.

La gestión viene atribuida a la entidad que cubra el riesgo profesional (INSS, MATEP o empresa autoaseguradora), según la modalidad de cobertura por la que haya optado la empresa. Todo ello sin perjuicio, en todo caso, de las funciones y competencias atribuidas al INSS, como entidad gestora de las prestaciones económicas de la Seguridad Social.

Ante un supuesto de incapacidad temporal derivada de enfermedad profesional, el pago de la prestación lo asume la entidad que cubre el riesgo, si bien existe como en todos los casos de incapacidad temporal, la obligación de colaboración obligatoria por parte de la empresa mediante el pago delegado de la prestación.

Dentro de la incapacidad temporal, hay que considerar asimismo el período de observación de la enfermedad profesional, modalidad de prestación en cuya gestión y pago se siguen las mismas normas que en la incapacidad temporal, asumiendo el coste directo la entidad que cubre los riesgos profesionales.

b) Lesiones permanentes no invalidantes.

Las prestaciones de pago único por lesiones permanentes no invalidantes serán abonadas directamente por la MATEP al trabajador. Sin embargo, corresponde al INSS la verificación de dicha lesión y su origen profesional, así como el reconocimiento del derecho a la prestación que corresponda y la fijación de su importe[697], de acuerdo con el baremo establecido en el Anexo de la Orden de 15 de abril de 1969[698].

c) Prestaciones por incapacidad permanente en sus distintos grados (parcial, total, absoluta y gran invalidez) y prestaciones por muerte y supervivencia (pensión de viudedad, prestación temporal de viudedad, orfandad, pensión o subsidio temporal en favor de familiares, indemnización especial a tanto alzado en caso de fallecimiento por causa de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional).

Todas estas prestaciones son gestionadas por el INSS, que ostenta la competencia en su reconocimiento y pago, debiendo ingresar las MATEP el capital coste renta necesario para cubrir su coste financiero, excepto las

---

[697] MORENO VIDA, Mª N.,: "Actuación en el ámbito de las contingencias profesionales", en AA.VV, *Los perfiles de la Mutua de Accidente de Trabajo*, Aranzadi, 2005, pág. 74.

[698] las cuantías de las indemnizaciones fueron actualizadas en 2005, por Orden 1040/2005, de 18 de abril.

indemnizaciones especiales a tanto alzado previstas en la Orden de 13 de febrero de 1967 (arts. 28 y 29), que son de gestión y pago directo por las Mutuas.

Hasta el 1 de enero de 2006, la cobertura financiera para el pago de dichas prestaciones económicas periódicas derivadas de enfermedad profesional, distintas de las correspondientes a la situación de incapacidad temporal, se realizaba a través de la contribución que se les asigna para al sostenimiento de los servicios comunes de la Seguridad Social, establecida en el art. 75 del RD 2064/1995, de 22 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General sobre cotización y liquidación de otros derechos de la seguridad Social (RGC). Así pues, cuando se declaraba la situación de IP, o de muerte y supervivencia derivada de enfermedad profesional, el coste financiero era asumido a cargo de dicha contribución, sin que la Mutua tuviera que ingresar el capital coste renta necesario para ello[699].

A partir de la referida fecha, se estableció, primero, la posibilidad de que las MATEP pudieran también capitalizar el coste de las pensiones u otras prestaciones económicas de carácter periódico derivadas de enfermedad profesional. Así, la DA 1ª Orden TAS/4054/2005, de 27 diciembre, dispuso que la contribución asignada a las mutuas para hacer frente en régimen de compensación a las prestaciones derivadas de enfermedad profesional podría ser sustituida, previa opción, por el ingreso del capital coste correspondiente de las pensiones. Dicha opción llevaba aparejada la reducción en la aportación de los Servicios comunes, en los términos que estableciera la normativa sobre cotización (Así, para el año 2007, la correspondiente orden de cotización-Orden TAS/31/2007, de 16 de enero, en su artículo 25.1, fijó un coeficiente de 22,60 por 100, que se reducía al 14,90 por 100 en caso de opción por el ingreso del capital, una vez descontada la parte del reaseguro obligatorio).

Por último, la Ley 51/2007 de Presupuestos Generales del Estado para 2008 (DF 8ª), modifica los artículos 68.3 LGSS, 87.3 y 201 LGSS, poniendo así fin a la histórica disociación entre accidente de trabajo y enfermedad profesional dentro del ámbito de protección de las situaciones derivadas de incapacidad permanente y muerte y supervivencia. Tras la reforma, en materia de pensiones causadas por incapacidad permanente o muerte derivadas de accidente de trabajo o de enfermedad profesional cuya responsabilidad

---

[699] CARRERO DOMÍNGUEZ, C. y QUINTERO LIMA, M.G.: "La Gestión de las Enfermedades Profesionales por las en *Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionale*s (Coord. Jesús R. Mercader Uguina), La Ley, Madrid, 2007, pág.", en *Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionale*s (Coord. Jesús R. Mercader Uguina), La Ley, Madrid, 2007, pág. 413.

corresponda asumir a las Mutuas, se procederá en todo caso a la capitalización del importe de dichas pensiones, debiendo dichas entidades constituir en la TGSS, hasta el límite de su respectiva responsabilidad, los capitales coste correspondientes (art. 87.3 LGSS).

Sin embargo, la uniformidad de régimen jurídico no era absoluta hasta la Ley 2/2008, de PGE para 2009, pues existía una peculiaridad en la gestión de las enfermedades profesionales frente a la de los accidentes de trabajo por parte de las MATEP, a saber: la exclusión del reaseguro obligatorio de las contingencias derivadas de enfermedad profesional (art. 201.2 LGSS). En efecto, mientras que en relación con la protección de los accidentes de trabajo, las Mutuas debían reasegurar obligatoriamente en la Tesorería General de la Seguridad Social (en adelante, TGSS) una parte del riesgo asegurado (el 30 por 100), esta previsión legal no era aplicable a la protección de las enfermedades profesionales. A partir del 1 enero 2009, y pendiente del exigible desarrollo reglamentario (que requerirá una nueva modificación del RD 1993/1995), la obligación de reaseguro comprende tanto el 30 por ciento de los riesgos derivados de accidente de trabajo como de enfermedad profesional.

De otro lado, el contenido la prestación sanitaria es: asistencia sanitaria en las modalidades de atención primaria y especializada; prestación farmacéutica y prestaciones complementarias (prestaciones ortoprotésicas, tratamientos dietoterápicos complejos, oxigenoterapia a domicilio, transporte sanitario, servicio de información y documentación).

Ahora bien, en caso de contingencias profesionales, las prestaciones sanitarias se prestarán de la forma más completa. Ello significa que, si bien tienen el mismo contenido que el derivado de causas comunes[700], en caso de accidente de trabajo o de enfermedad profesional, dicha prestación comprenderá además[701]:

- El suministro y renovación de los aparatos de prótesis y ortopedia necesarios y los vehículos para inválidos[702].
- La cirugía plástica y reparadora adecuada, cuando una vez curadas las lesiones por accidentes de trabajo hubieran quedado deformidades o

[700] Vid. Anexo I RD 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

[701] Vid. art. 11 Decreto 2766/1967, de 16 noviembre, Resolución de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, de 27 de agosto de 2008 (BOE 10 de septiembre).

[702] Sobre contenido de prestación ortoprotésica a los accidentados, STS 6-2-2003.

mutilaciones que produzcan alteración importante en el aspecto físico del accidentado o dificulten su recuperación funcional para el empleo posterior.

- Durante el período de asistencia sanitaria deberá realizarse, como parte de la misma, el tratamiento de rehabilitación necesario para lograr una curación más completa y en plazo más corto u obtener una mayor aptitud para el trabajo.

- Este tratamiento podrá efectuarse también después del alta con secuelas o sin ellas, y siempre que permita la recuperación más completa de la capacidad para el trabajo en relación con los Servicios Sociales correspondientes.

- Las prestaciones farmacéuticas se dispensan de forma gratuita.

- Suministro a las empresas de botiquines como material de primeros auxilios en caso de accidente de trabajo, siempre que asuman respecto a sus trabajadores la protección por las contingencias profesionales.

Cuando las contingencias profesionales se protegen por el INSS, este Instituto debe pagar a los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas, las prestaciones sanitarias, farmacéuticas y recuperadoras derivadas de contingencias profesionales sufridas por los afiliados con cobertura por dicha contingencia en esta entidad gestora[703].

2. Normas aplicables a las enfermedades profesionales.

Junto a las normas que ofrecen una protección reforzada de los trabajadores frente a los riesgo profesionales, que son comunes a los accidentes de trabajo y a las enfermedades profesionales (alta de pleno derecho y automaticidad de las prestaciones, inexigibilidad de período de carencia, recargos de prestaciones por falta de medidas de seguridad y salud laboral, etc.), existen otras medidas que son específicas de la enfermedad profesional, y que en buena medida tienen carácter preventivo, aunque también sanitario: reconocimientos médicos, períodos de observación por enfermedad

[703] D.A 59ª de la Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2006, desarrollada por Orden TAS 131/2006, de 26 de enero.

profesional y traslado a puestos de trabajo exentos de riesgo o baja en la empresa[704].

2.1. Reconocimientos médicos.

Es obligatorio el reconocimiento médico previo al ingreso en puestos de trabajo con riesgo profesional (art. 196 LGSS).

El ritmo de periodicidad de los reconocimientos siguientes depende de los riesgos que para cada tipo de enfermedad se establezcan en las normas que se dicten al respecto. La norma general es el ritmo semestral.

Tales reconocimientos médicos se harán a cargo de la empresa, quien abonará al trabajador, cuando proceda, los gastos de desplazamiento y la totalidad del salario que por tal causa pueda dejar de percibir.

La empresa no puede contratar a los trabajadores que en el reconocimiento médico no hayan sido calificados como aptos para desempeñar los puestos de trabajo de que se trate. Asimismo, existe la prohibición para la empresa de mantener al trabajador en el puesto de trabajo cuando éste no haya obtenido la declaración de aptitud en los reconocimientos sucesivos.

En cuanto a los trabajadores, su deber consiste en someterse a los reconocimientos médicos.

Por último, las entidades gestoras y colaboradoras tienen las siguientes obligaciones (art. 68 RMATEP):

- Conocer el certificado del reconocimiento médico previo, antes de tomar a su cargo la protección por accidente de trabajo o enfermedad profesional del personal empleado en industrias con riesgo específico de enfermedad profesional.

- Deben conocer los resultados de los reconocimientos médicos periódicos.

El incumplimiento de las obligaciones anteriormente citadas conlleva una serie de responsabilidades (art. 197 LGSS):

1.- Para la empresa, la no realización de los reconocimientos médicos, previos o periódicos, supone que será declarada responsable directa de todas

---

[704] Vid. BENAVIDES VICO, A.: *Análisis práctico de las prestaciones de la Seguridad Social*, 2ª edición, Lex Nova, Madrid, 2008, pág. 42 y ss.

las prestaciones que puedan derivarse de una enfermedad profesional, con independencia de que la cobertura haya sido asumida por una Mutua o por el INSS.

2.- Para la Mutua, la omisión de sus obligaciones llevará aparejada:

a) La obligación de ingresar a favor de los fines generales de prevención y rehabilitación, a que se refiere el artículo 73 LGSS, el importe de las primas percibidas, con un recargo que podrá llegar al 100 por 100 de dicho importe.

b) La obligación de ingresar, con el destino anteriormente mencionado, una cantidad igual a la que equivalgan las responsabilidades en orden a las prestaciones a cargo de la empresa, incluidas las que procedan de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 123 LGSS (recargo de prestaciones).

c) Anulación, en caso de reincidencia, de la autorización para colaborar en la gestión.

d) Cualesquiera otras responsabilidades que procedan de acuerdo con lo dispuesto en esta ley y en sus disposiciones de aplicación y desarrollo.

En materia de infracciones, se considera que el empresario incurre en infracción grave al no realizar los reconocimientos médicos y pruebas de vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores que procedan conforme a la normativa sobre prevención de riesgos laborales, o no comunicar a los trabajadores afectados el resultado de los mismos (art. 12.2 LISOS).

Asimismo, incurre en infracción grave el trabajador por no comparecer, salvo causa justificada, a los reconocimientos médicos ordenados por las entidades gestoras o colaboradoras, en los supuestos establecidos, así como no presentar ante las mismas los antecedentes, justificantes o datos que no obren en la entidad, cuando a ello sean requeridos y afecten al derecho a la continuidad en la percepción de la prestación (art. 25.2 LISOS)

Por último, se ha reconocido también la existencia de responsabilidad civil, con derecho a una indemnización de daños y perjuicios, cuando el empresario no haya efectuado los reconocimientos médicos a los trabajadores antes de iniciar su relación laboral y no les haya informado de las características del puesto de trabajo cuyo desempeño provoca una situación de enfermedad profesional (STS Cataluña 6-7-1999; AS 1999, 3140).

2.2. Periodo de observación por enfermedad profesional

Si los reconocimientos médicos ponen de manifiesto algún síntoma de enfermedad profesional, el trabajador afectado puede estar sometido a un período de observación, entendiendo por tal "el tiempo necesario para el estudio médico de la enfermedad cuando haya necesidad de aplazar el diagnóstico definitivo" (art. 133.1 LGSS y art. 15.2 O-13-10-1967). Estos períodos de observación por enfermedad profesional podrán o no requerir la baja en el trabajo; en caso de producirse la baja en el trabajo se considerará al trabajador en situación de incapacidad temporal.

Por lo tanto, según estos preceptos legales, existe una situación de incapacidad temporal especial por enfermedad profesional, en la que no se precisa que esté afectada la capacidad laboral del trabajador, en el sentido de verse imposibilitado para prestar servicios. Es decir, si durante el dicho período de tiempo destinado al estudio clínico del trabajador observado, éste ha de cesar en el trabajo, la situación, que puede durar un máximo de un año- 6 meses prorrogables por otros 6- tiene la consideración de incapacidad temporal, dando lugar a una prestación del 75 % del salario mientras dure la baja.

La prórroga del período de observación será resuelta por el INSS (art. 1 RD 1300/1995), mediante dictamen del EVI sobre la procedencia o no de prorrogar el período de observación médica en enfermedades profesionales (art. 1.3 RD 1/1995 y DA 2ª OM 18-1-1996).

El trabajador podrá pasar a la situación que proceda (art. 9.2.1 RDLey 3158/1966; art. 15.3 OM 13-10-1967). Concretamente:

- Podrá incorporarse al puesto de trabajo por haber superado favorablemente el período de observación.

- Podrá incorporarse al trabajo pero siendo indemnizado por lesiones permanentes no invalidantes.

- Continuar en la incapacidad temporal. En este caso, al trabajador que continúa en IT se le computará el tiempo de observación a efectos del período máximo de duración de la situación de IT (art. 128.2 LGSS)

- Pasar a alguna de las situaciones de incapacidad permanente, de acuerdo con su estado

- Podrá ser trasladado de puesto de trabajo (art. 133.2 LGSS y art. 16 OM 16-10-1967)

- Causar baja en la empresa (art. 133.2 y art. 16 OM 16-10-1967)

2.3. Traslado de puesto de trabajo

La EP puede tener un período agudo que incapacite para el trabajo (incapacidad temporal) o puede tener consecuencias definitivas sobre la integridad física del enfermo (distintos grados de incapacidad permanente, lesiones permanentes no invalidantes, muerte); En todos estos casos se aplican las normas sobre los AT. Pero, además, y esto es peculiar de la EP, puede darse el caso de que se descubran síntomas de la misma sin repercusión todavía sobre la capacidad de trabajo; o el caso de que el enfermo profesional haya tenido una recuperación completa de la enfermedad profesional padecida, hallándose en situación de sanidad plena y sin merma de su capacidad de trabajo, y, sin embargo, exista la probabilidad o certeza de que si el trabajador retorna a su puesto de trabajo progresará o recaerá en la enfermedad profesional.

La solución arbitrada para estos casos es el *traslado de puesto de trabajo* dentro de la misma empresa a otro exento de riesgo con conservación del salario del puesto antiguo- si el del nuevo es inferior- salvo "las remuneraciones ligadas directamente a la producción que fueran exclusivas del puesto de procedencia" (art. 133.2 LGSS, art. 15 O-13-10-1967 y art. 45.4 O. de 9-5-1962) y no exista norma pactada o condición más beneficiosa que permita mantener en tales supuestos el derecho a la percepción de los complementos vinculados al puesto de trabajo (STSJ Cataluña 10-11-1999).

Con la finalidad de incentivar el cambio de puesto de trabajo y de evitar la baja en la empresa, el Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2009, prevé en su disposición adicional 7ª una reducción a la cotización a la seguridad Social en los supuestos de cambio de puesto de trabajo por razón de enfermedad profesional. Se trata de una reducción, a cargo del Presupuesto de la Seguridad Social, del 50 por cien de la aportación empresarial a la Seguridad Social por contingencias comunes, la cual se aplicará- si bien "en los términos y condiciones que reglamentariamente se determinen"´- con respecto a las cuotas devengadas durante el período de permanencia en el puesto de trabajo o función, en aquellos casos en que, por razón de enfermedad profesional, se produzca un cambio de puesto de trabajo en la misma empresa o el desempeño, en otra distinta, de un puesto de trabajo compatible con el estado del trabajador.

2.4. Baja en la empresa por falta de puesto de trabajo compatible.

Si no hay puesto de trabajo correspondiente a la categoría profesional del trabajador sin riesgo, "a juicio de la empresa, previa conformidad de la Inspección de Trabajo", el trabajador causará baja en la empresa, pero, mientras no encuentre ocupación, continuará percibiendo como *subsidio* su salario íntegro en períodos que se suceden sin solución de continuidad, de doce meses (con cargo a la empresa), seis meses (con cargo al INSS), doce meses (con cargo al régimen de desempleo), durante los cuales está inscrito como demandante de empleo preferente en la Oficina de Empleo y realiza cursos de reentrenamiento profesional (art. 48 de la Orden de 9-5-1962, en relación con el art. 133.2 LGSS).

3. El nuevo cuadro de Enfermedades profesionales.

La enfermedad profesional se define en la LGSS como *"la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indican para cada enfermedad profesional"* (art. 116 LGSS).

Los elementos que integran esta definición son:

-Relación trabajo-enfermedad

-Enfermedad producida por elementos o sustancias listadas y actividades asimismo listadas en el cuadro de enfermedades profesionales (sistema de lista)

Las enfermedades contraídas a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, que no se especifican reglamentariamente, tendrán la consideración de accidente de trabajo, pero no de enfermedad profesional.

La lista o cuadro de enfermedades profesionales está contenida en el Anexo I RD 1299/2006, de 10 de noviembre, que las agrupa en de 6 grupos o tipos EP: Grupo 1) EP producidas por agentes químicos (intoxicaciones); Grupo 2) Enfermedades producidas por agentes físicos; Grupo 3) Enfermedades producidas por agentes biológicos; Grupo 4) Enfermedades causadas por inhalación de sustancias no comprendidas en otros apartados (v.g. la silicosis); Grupo 5) Enfermedades de la piel producidas por sustancias no comprendidas en otros apartados; Grupo 6) Enfermedades causadas por agentes carcinogénicos (cáncer profesional).

Cada enfermedad va seguida de las actividades y trabajos en que ha de ocurrir para que nos hallemos ante una EP. Así, por ejemplo, "la catarata producida por la energía radiante (Grupo 2 de la lista), es profesional si ocurre precisamente en trabajos con cristal incandescente, masas y superficies incandescentes en fundiciones, acerías, etc.; en otro caso no lo es, con independencia de que pueda ser considerada como AT. Asimismo, la silicosis será considerada EP si ocurre en trabajos en minas, túneles, canteras y galerías; si ocurre en trabajos no listados se protege como AT.

La calificación de una enfermedad como profesional corresponde a la Entidad Gestora respectiva, sin perjuicio de su tramitación como enfermedad profesional por la entidad colaboradora que asuma la protección de tales contingencias (Art. 3). Cuando el facultativo del Sistema Nacional de Salud estime que una enfermedad pueda ser profesional por estar incluida en el anexo I del RD 1299/2006, o considere que está incluida en el anexo II del citado RD, por ser una enfermedad cuyo origen profesional se sospecha, lo comunicará a la entidad gestora a efectos de su calificación y, en su caso, a la entidad colaboradora que asuma la protección de las contingencias profesionales. Igual comunicación deberán realizar los facultativos del servicio de prevención, en su caso.

El nuevo cuadro de enfermedades profesionales, aunque no responde exactamente a la lógica del sistema mixto[705], se configura de una manera menos estática que la regulación precedente contenida en el RD 1995/1978. En efecto, aunque en el sistema anterior tampoco la lista era cerrada[706], el RD 1299/2006, introduce como novedad, junto al clásico procedimiento de modificación del cuadro de enfermedades profesionales, una especie de "actualización automática"[707], que tiene lugar cada vez que una enfermedad sea incorporada como profesional a la lista europea. En tal supuesto, esa misma enfermedad será objeto de inclusión en el cuadro de enfermedades profesionales.

---

[705]Sobre los diferentes modelos de regulación de las enfermedades profesionales, BLASCO LAHOZ, J.F., LÓPEZ GANDÍA, J.: MOMPARLER CARRASCO, Mª.A, *Curso de Seguridad Social I, Parte General*, 2ª edición, Editorial Tirant lo Blanch, Valencia, 2008, págs. 317 y 318.

[706]La LGSS (art. 116.2) ya contemplaba la posibilidad de añadir otras enfermedades profesionales mediante un procedimiento que comprenderá, en todo caso, como trámite preceptivo, el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo.

[707] BLASCO LAHOZ, J.F., LÓPEZ GANDÍA, J.: MOMPARLER CARRASCO, Mª.A, *Curso de Seguridad Social I, Parte General*, 2ª edición, Editorial Tirant lo Blanch, Valencia, 2008, pág. 332.

Además, otra novedad importante es la elaboración de una lista de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha, la cual se halla contenida en el Anexo II del RD 1299/2006.

En líneas generales puede decirse que para el trabajador es indiferente la calificación del hecho como EP o AT; no así para el empresario, al que se imponen obligaciones especiales, precisamente porque en los trabajos listados de la empresa es frecuente o posible la aparición de la enfermedad profesional.

4. El nuevo sistema de notificación de los partes de enfermedad profesional.

En materia de notificación de las enfermedades profesionales hay que estar a lo dispuesto en la Orden TAS 1/2007, de 2 de enero, dictada en cumplimiento del mandato contenido en la DA 1ª del RD 1299/2006. En ella se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales[708].

El nuevo parte de enfermedad profesional pretende cumplir con el objetivo de la Unión Europea en cuanto al aprovisionamiento coherente de una serie de datos en orden a conseguir una armonización estadística, lo que conlleva recoger aquella información que Eurostat considera necesaria en orden a la armonización estadística, además de facilitar el seguimiento de la salud y la seguridad en el trabajo.

El contenido del parte de enfermedad profesional estará compuesto por los datos que se recoge en el Anexo a la Orden 1/2007 y que se refieren a los siguientes extremos[709]:

a) Datos identificativos de la entidad gestora o colaboradora que notifica, datos identificativos del trabajador, de carácter personal, laboral (categoría profesional, puesto de trabajo actual y anterior si lo hubiere, tipo de

---

[708] CARRERO DOMÍNGUEZ, C. y QUINTERO LIMA, M.G.: "La Gestión de las Enfermedades Profesionales por las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales" en *Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales* (Coord. Jesús R. Mercader Uguina), La Ley, Madrid, 2007, págs. 420; BLASCO LAHOZ, J.F., LÓPEZ GANDÍA, J.: MOMPARLER CARRASCO, Mª.A, *Curso de Seguridad Social I, Parte General*, 2ª edición, Editorial Tirant lo Blanch, Valencia, 2008, pág. 339 y ss.

[709] CARRERO DOMÍNGUEZ, C. y QUINTERO LIMA, M.G.: "La Gestión de las Enfermedades Profesionales por las en *Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionale*s (Coord. Jesús R. Mercader Uguina), La Ley, Madrid, 2007, pág.", en *Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionale*s (Coord. Jesús R. Mercader Uguina), La Ley, Madrid, 2007, págs. 421-422.

contrato, etc.) y situación actual en materia de Seguridad Social, y datos del empresario, también personales o laborales (plantilla, actividad, modelo de organización preventiva, régimen de Seguridad Social, actividad económica según CNAE, etc.).

b) Datos médicos que sean necesarios: identificación del médico que realiza el diagnóstico de enfermedad profesional, existencia de parte de baja por IT, duración probable, parte del cuerpo dañada, etc.)

c) Datos económicos para cálculo de la cuantía de la prestación de IT: bases de cotización mensual y anual, días cotizados, etc.

d) Notificación, en su caso, del cierre del proceso (fecha y causa del cierre: alta por curación, alta con propuesta de Incapacidad, fallecimiento, alta con propuesta de cambio de trabajo) y tipo de proceso al cierre, incluyendo aquí el cierre como Enfermedad Profesional, Accidente de Trabajo o Enfermedad Común, se entiende como manera de detectar la calificación errónea de la situación de salud del trabajador y la calificación de la contingencia.

e) Por último, el parte debe contener la calificación y supervisión del INSS en el sentido de aportar la fecha de la calificación o modificación del proceso como enfermedad profesional, accidente de trabajo o enfermedad común, en caso de calificación como enfermedad profesional, la fecha de inicio real de la enfermedad y la confirmación o modificación del diagnóstico.

De acuerdo con la normativa aplicable, el parte de EP, cuya elaboración y transmisión se llevarán a cabo íntegramente por medios electrónicos (sin perjuicio de su posible impresión en soporte papel cuando lo soliciten el trabajador y el empresario), se realizará por la entidad gestora o mutua de accidentes de trabajo que asuma la protección de las contingencias profesionales (y no por los empresarios como sucede en relación con los accidentes de trabajo), sin perjuicio del deber de las empresas o de los trabajadores por cuenta propia que dispongan de cobertura por contingencias profesionales de facilitar a aquélla la información que obre en su poder y les sea requerida para la elaboración de dicho parte.

Además, el modelo de parte asigna competencias nuevas a los facultativos del Sistema Nacional de Salud para emitir propuestas de declaración de enfermedad profesional a los médicos de la entidad gestora, de las mutuas.

Los servicios médicos de las empresas colaboradoras en la gestión de las contingencias profesionales deberán dar traslado, en el plazo de 3 días hábiles a la entidad gestora o mutua que corresponda del diagnóstico de las enfermedades profesionales de sus trabajadores.

En relación con la transmisión de la información y su tratamiento, la norma establece que el parte se realizará únicamente por vía electrónica mediante la aplicación CEPROSS dependiente de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. Todos los agentes que puedan tener acceso a dicha información deben estar representados por persona física y deben estar acreditados.

En cuanto a los plazos, la comunicación inicial del parte habrá de llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que se haya producido el diagnóstico de la enfermedad profesional y el total de los contenidos del parte se deberá transmitir en el plazo de 5 días hábiles desde la comunicación. Si el empresario no colabora proporcionando la información requerida para que se cumplan los plazos, el parte se tramita y se hace constar dicho incumplimiento por si fuera necesario activar el régimen de responsabilidades diversas que pudieran derivarse de tal comportamiento.

Con el nuevo sistema se refuerza la protección de la enfermedad profesional. Y se libera al empresario de la obligación de notificar la enfermedad profesional, obligación que es ahora asumida por las mutuas o la entidad gestora, en función de quién haya asumido la cobertura.

Por último, y a modo de balance, de acuerdo con los datos facilitados por el Ministerio de Trabajo e Inmigración en su Observatorio de las Enfermedades Profesionales para enero-septiembre de 2008, durante el citado período se han notificado un total de 14.007 partes de enfermedad profesional, de los cuales, el 29,22 % (esto es 5.162) son partes que se refieren a diagnóstico sin baja, es decir sin coste para las Mutuas. De otro lado, llama la atención que el 80,91% de los partes comunicados en el aludido período estén referidos a enfermedades profesionales del grupo 2 (enfermedades causadas por agentes físicos), mientras que los partes referidos a las enfermedades del grupo 6 (las causadas por agentes carcinogénicos) apenas representa el 0,31%.

Para el sindicato UGT, dichos datos ponen de manifiesto una mala praxis de las MATEP en la notificación de las enfermedades profesionales, que

están impidiendo que el RD 1299/2006 cumpla el objetivo fundamental que motivó su nacimiento: hacer aflorar las enfermedades profesionales latentes[710].

El descenso en la declaración de las enfermedades profesionales fue especialmente significativo en 2007. Ello provocó la aprobación de la Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de Seguridad Social sobre determinación de la contingencia causante. En virtud de esta regulación, el INSS procedió a revisar todos los expedientes de las MATEP que teniendo indicios de origen profesional, se hubieran resuelto sin considerarse profesional la contingencia causante. De estas revisiones resultó el cambio de contingencia común a profesional en el 50 % de los casos a favor del trabajador.

En 2008 se ha incrementado la declaración de enfermedades profesionales, aunque todavía se considera excesivo el número de partes sin baja.

5. Determinación del carácter profesional de la enfermedad.

La determinación de la contingencia causante constituye un aspecto fundamental en materia de prestaciones de la Seguridad Social, por las consecuencias que de la misma se derivan sobre el alcance, contenido y régimen de gestión de la protección dispensada.

El RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales establece la competencia del INSS para la calificación de las enfermedades como profesionales (art. 3). Corresponde también a la entidad gestora la determinación del carácter profesional de la enfermedad respecto de los trabajadores que no se encuentren en situación de alta.

Con todo, resulta necesario contar con instrumentos que garanticen la adecuada determinación de la contingencia causante en dicho ámbito, lo cual exige que el Instituto Nacional de la Seguridad Social pueda hacer uso eficaz de las superiores atribuciones que al respecto le confiere su condición de Entidad Gestora de las prestaciones del sistema.

Así sucede claramente en el área de la incapacidad permanente gracias a lo establecido en el Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la

[710] UGT, “Las Enfermedades Profesionales en España tras la aprobación del RD 1299/2006”.

Seguridad Social, la Ley 42/1994, de acuerdo con el que la competencia del Instituto Nacional de la Seguridad Social para determinar la contingencia causante se enmarca dentro del procedimiento de evaluación y calificación de la incapacidad, cualquiera que sea la entidad que cubra dicha contingencia (arts. 1.1 a y 3.1 f). En este ámbito, se ha articulado un mecanismo de valoración del origen de la incapacidad que forma parte de la propia actuación administrativa, y que debe desembocar en el reconocimiento de la prestación correspondiente, con las garantías y ventajas que ello conlleva.

Sin embargo, en relación con las prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia, si bien de su regulación se infiere igualmente la competencia de dicha Entidad Gestora a la hora de determinar la contingencia causante, no existe, una previsión análoga a la existente en el ámbito de la incapacidad permanente cuando el trámite de la prestación corresponde a una entidad colaboradora, lo que puede originar dudas que es necesario resolver.

Es cierto, a este respecto, que la disposición adicional cuadragésima del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, prevé que las Entidades Gestoras de la Seguridad Social, en el ejercicio de sus competencias de control y reconocimiento de las prestaciones, puedan solicitar la remisión de los partes médicos de incapacidad temporal expedidos por las entidades colaboradoras, lo que coadyuvará al logro del objetivo perseguido.

No obstante, en tanto se desarrolla el procedimiento para solicitar dicha remisión, se ha estimado necesario establecer un criterio que permita contar de forma inmediata con pautas dirigidas a la adecuada calificación de la contingencia. De ello se ocupa la Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social sobre determinación de la contingencia causante en el ámbito de las prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia

De acuerdo con la Resolución todos los expedientes tramitados por las MATEP de estas prestaciones que se resuelvan sin considerar como profesional la contingencia causante, pese a contar con indicios que pudieran presumir la existencia de dicha patología, deberán ser remitidos de forma inmediata a la Dirección Provincial del INSS, con el fin de que cuente con información suficiente acerca de las razones que amparan las mencionadas resoluciones y pueda, en su caso, determinar la contingencia causante.

Se entenderá que existen indicios cuando obren en el expediente partes emitidos por la propia entidad colaboradora en los que se hubiere

consignado la existencia de dicha clase de patología, informes de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, de los Servicios de prevención o de los servicios médicos, de profesionales que señalen estas patologías como causantes, así como las comunicaciones de los facultativos del sistema nacional de salud donde se manifiesta la posible existencia de una enfermedad profesional.

En todo caso, se remitirán todos los expedientes que correspondan a partes de enfermedad profesional comunicados mediante CEPROSS.

En cualquier caso, los litigios que surjan sobre la calificación deben ventilarse ante la jurisdicción social ya que el acto administrativo impugnado tiene trascendencia en el aseguramiento de las contingencias[711].

De otro lado, corresponde también al INSS la responsabilidad en orden a la gestión y mantenimiento por enfermedad profesional, así como la determinación de la mutua que resulte responsable del ingreso del capital de acuerdo con la citada Resolución. A tal efecto, la entidad gestora trasladará copia de las resoluciones recaídas a las mutuas responsables del ingreso del capital coste que corresponda (Resolución de la DGOSS de 16 febrero 2007, Instrucción cuarta).

II. EL ASEGURAMIENTO DE LOS RIESGOS PROFESIONALES EN UNA MATEP.

La intervención de sujetos privados en la gestión de la seguridad social se lleva a cabo, a título de colaboración y corresponde esencialmente a las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (históricamente conocidas como “mutuas patronales”) y a las propias empresas. (art. 67.1 LGSS).

Las mutuas se regulan en los artículos 68 a 76 LGSS y como normativa reglamentaria de desarrollo, por el RD 1993/1995, de 7 de diciembre, de Colaboración de las Mutuas (en adelante, RMTAP) y sus sucesivas modificaciones.

El aseguramiento por el empresario de los riesgos profesionales a través de una Mutua se produce en el momento inicial de la inscripción de la

[711] STS u.d. de 31 marzo y 30 diciembre de 1997.

empresa en el sistema de Seguridad Social. La Ley permite optar por el aseguramiento de dichos riesgos en la entidad gestora o a través de la Mutua. Si la opción empresarial es por una Mutua, deberá llevarse a cabo un "Convenio de asociación" con la misma (art. 62 RMTAP).

Dicho convenio de asociación, además de determinar los derechos y obligaciones de los asociados de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de colaboración y con los estatutos de la Mutua, precisará las características particulares de los riesgos cubiertos. De ahí que en este documento se deba expresar la identificación del empresario, la actividad de la empresa, con precisión de los trabajos que se efectúen en la misma y del lugar en que hayan de llevarse a cabo y la fecha en que comiencen sus efectos. El convenio tendrá un plazo de vigencia de un año, prorrogándose tácitamente por períodos anuales, salvo denuncia del empresario.

Los empresarios asociados a una Mutua para la cobertura de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales habrán de proteger en ella a la totalidad de sus trabajadores correspondientes a los centros de trabajo (según la noción del art. 1.5 ET) situados en la misma provincia, siempre que ésta se encuentre comprendida en el ámbito territorial de la Mutua.

Por último, el RD 1765/2007, de 28 de diciembre[712], modifica el RMAEP para establecer la posibilidad de colaboración de las Mutuas entre sí, mediante la puesta en común de los medios y prestaciones de servicios, con la finalidad de llegar a mayores sinergias y a una racionalización en el uso de los recursos públicos gestionados por ellas (art. 14.2 RMATEP).

1. La gestión integral de los riesgos profesionales por la MATEP: el ámbito preventivo y reparador.

Desde su origen, y en especial en lo que concierne a las enfermedades profesionales, la actividad de las mutuas en el ámbito de la gestión de la Seguridad Social, ha tenido una doble manifestación: la reparadora proyectada en la gestión de las prestaciones económicas y sanitarias, pero también la preventiva. Así, de acuerdo con el artículo 68.2 LGSS, la colaboración en la gestión de la Seguridad Social comprenderá las siguientes actividades:

- La colaboración en la gestión de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedades profesionales.

[712] BOE núm. 312, de 29 diciembre 2007.

-La realización de actividades de prevención, recuperación y demás previstas en la presente Ley. Las actividades que las mutuas puedan desarrollar como Servicio de Prevención ajeno se regirán por lo dispuesto en la Ley de prevención de riesgos laborales (Ley 31/1995), y en sus normas de desarrollo.

2. Referencia a las actividades preventivas.

En el ámbito de la Seguridad Social las mutuas pueden desarrollar a favor de las empresas asociadas y de sus trabajadores dependientes, así como de los trabajadores por cuenta propia adheridos que tengan cubiertas las contingencias profesionales, las funciones correspondientes a la prevención de estas contingencias en los términos y condiciones establecidos en el art. 68.2b) LGSS y 13.1 RMTAP (RD 1993/1995) y reguladas por OTAS 3623/2006, de 28 de noviembre.

La actividad preventiva que se les atribuye a las mutuas en este ámbito tiende a completar sin sustituir las obligaciones directas de los empresarios en materia de prevención de riesgos y va dirigida preferentemente coadyuvar a las pequeñas empresas y a aquellas que operan en sectores de mayor siniestralidad a una mejor incardinación y sensibilización en prevención de accidentes de trabajo (art. 2 Orden 3623/2006). Para financiar estas actividades las mutuas podrán destinar en su presupuesto anual un máximo del 1% de sus ingresos por cuotas por contingencias profesionales (art. 3 Orden 3623/2006).

La planificación de las actividades preventivas para el año 2008, se encuentra en la Resolución de 31-7-2008 (RCL 2008, 1535), de la Secretaría de Estado de la seguridad Social, en la que se incluyen, además de actividades de ámbito general seis programas específicos orientados preferentemente a las microempresas, de hasta 10 trabajadores, y pequeñas empresas, de entre 11 y 49 trabajadores que representen, como mínimo, un 30 por 100 del plan anual de actuación de las mutuas.

Estas actividades preventivas son distintas e independientes de las que pueden desarrollar como servicios de prevención ajenos para sus empresas asociadas al amparo del art. 32 LPRL.

De esta manera, la participación de las mutuas en la gestión de la prevención presenta una doble vertiente. Por un lado, en su condición de entidades colaboradoras de la Seguridad Social realizan múltiples funciones de carácter público en materia de seguridad y salud laboral íntimamente

relacionadas con la gestión de la cobertura de dichas contingencias que ejercen a favor de los empresarios asociados (formación, actividades de higiene industrial, estudios económicos de siniestralidad, actuaciones de prevención de accidentes y enfermedades profesionales, así como de recuperación profesional, etc.). Y, por otro lado, aunque claramente separada de las primeras, las Mutuas pueden prestar también funciones como servicios de prevención ajenos, llevando a cabo funciones de carácter privado. El régimen de funcionamiento de las MATEP como servicios de prevención ajenos se regula por RD 688/2005, de 10 de junio[713].

3. Las actuaciones de las MATESS en el ámbito reparador.

El objeto principal de las Mutuas ha sido tradicionalmente el de colaborar en la gestión de la Seguridad Social respecto del riesgo de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, aunque posteriormente se les extendió la cobertura de la incapacidad temporal derivad de riesgos comunes. Pese al reforzamiento del papel de las Mutuas en el ámbito de la prevención, su actividad principal es, sin duda alguna, la cobertura de las contingencias profesionales.

Tras las reformas operadas por la disposición final 8ª de Ley 51/2007, de Presupuestos generales del Estado, se ha puesto fin al desigual peso que en la colaboración en la gestión de las mutuas tenían los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Tradicionalmente, el ámbito de la gestión de las mutuas era más extenso en el caso del accidente de trabajo, pues comprendía todas las prestaciones que se derivaran de dicho riesgo, desde las prestaciones económicas por IT, incapacidad permanente, muerte y supervivencia, a la prestación de asistencia sanitaria y rehabilitación, el coste de los servicios y los derivados de los servicios y gastos de administración. En cambio, en el caso de las enfermedades profesionales, las Mutuas sólo

---

713 CARRERO DOMÍNGUEZ, C. y QUINTERO LIMA, M.G.: "La Gestión de las Enfermedades Profesionales por las en *Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionale*s (Coord. Jesús R. Mercader Uguina), La Ley, Madrid, 2007, pags. 400 y ss; ASEPEYO: *Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionale*s, Editorial Distrinova, S.L., Madrid, 2002, págs.120 y ss.

BENAVIDES VICO, A.: *Análisis práctico de las prestaciones de la Seguridad Social*, 2ª edición, Lex Nova, Madrid, 2008.

BLASCO LAHOZ, J.F., LÓPEZ GANDÍA, J.: MOMPARLER CARRASCO, Mª. A, *Curso de Seguridad Social I, Parte General*, 2ª edición, Editorial Tirant lo Blanch, Valencia, 2008.

gestionaban las prestaciones por incapacidad temporal y el período de observación, mientras que las pensiones de incapacidad permanente y muerte y supervivencia derivadas de eran consideradas responsabilidad directa y real de la entidad gestora y no de la Mutua, a la que sólo le correspondía la contribución que se le asignara para hacer frente, en régimen de compensación, a los gastos derivados de tal contingencia. En la actualidad, sin embargo, se ha equiparado el ámbito material de la gestión que llevan a cabo las Mutuas de las prestaciones de incapacidad permanente, muerte y supervivencia, pues tanto si derivan de accidente de trabajo como si proceden de enfermedad profesional, la mutua deberá constituir el capital coste de la pensión correspondiente.

3.1. Competencias y prestaciones que dispensan.

1) En virtud de su colaboración en la gestión, las prestaciones que, de acuerdo con el artículo 68. 2 y 3 LGSS, dispensan a los trabajadores al servicio de las empresas que se han acogido a la cobertura a través de una mutua son las siguientes:

- En todo caso, las derivadas de accidente de trabajo y enfermedad profesional sufridos por el personal al servicio de los asociados. En el caso de Enfermedad profesional: incapacidad temporal, período de observación, y prestaciones de incapacidad permanente, muerte y supervivencia derivadas de enfermedad profesional (art. 68.3 y 201 LGSS y art. 63 RMATEP).

-Opcionalmente, la incapacidad temporal derivada de contingencias comunes respecto del mismo personal. En ningún caso, se le atribuyen competencias o responsabilidades que puedan derivarse en orden al pago de prestaciones por IP derivadas de enfermedad común (STS 1-2-2008; RJ 2008, 2579).

2) Respecto de los trabajadores por cuenta propia, las prestaciones que puedan dispensar son las siguientes:

-La incapacidad temporal derivada de contingencias comunes de los trabajadores del RETA incluidos los trabajadores agrarios por cuenta propia integrados en el Sistema Especial creado por Ley 18/2007.

- Las contingencias profesionales de los trabajadores del RETA y de los trabajadores por cuenta propia del Régimen especial de los Trabajadores del Mar (art. 2 RD 1993/1995, de 7 de diciembre). A partir de 1 de enero de 2008, la protección de estas contingencias es obligatoria para los autónomos

económicamente dependientes –TRADE- (art. 26.3 Ley 20/2007, de 11 de julio).

3.2. El aseguramiento de las enfermedades profesionales. Evolución.

El papel de colaboración en la gestión de las Mutuas de las prestaciones derivadas de enfermedades profesionales ha presentado tradicionalmente ciertas especificidades respecto de la gestión de los accidentes de trabajo.

Si bien, desde el ámbito de la gestión, históricamente se hace referencia indistinta a las "contingencias profesionales"[714], lo cierto es que las enfermedades profesionales no han recibido un tratamiento jurídico particularizado hasta finales de los años 40. La implantación de regulaciones especiales fue además progresiva (primero el seguro obligatorio de silicosis, y seguidamente, el seguro de enfermedades de los mineros) [715]. El Decreto de 10 de enero de 1947, cuyo antecedente fue el seguro de silicosis, define la enfermedad profesional, implanta un cuadro de enfermedades profesionales y, desde el punto de vista de la gestión, creó un servicio de seguro de enfermedad que se quedó integrado orgánicamente en la caja nacional de accidentes de trabajo. En relación con las prestaciones, las enfermedades profesionales presentaban también algunas singularidades en el diseño original.

La implantación del Decreto de 1947 fue muy residual, ya que sólo se aplicaba a dos de las posibles enfermedades calificables como profesionales. Hasta el Decreto 792/1961, de 13 de abril no se dispone en nuestro país de una protección completa y diferenciada de las enfermedades profesionales. Al amparo de esta nueva norma, la gestión se encomienda al Fondo Compensador del Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Desde el punto de vista prestacional, en la medida en que se unificaban las pólizas empresariales de cobertura de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales obligatorias, se introdujo una disociación de

---

[714] VALENZUELA DE QUINTA, E.: "Las mutuas de accidentes de trabajo y su papel en la colaboración con el sistema de la Seguridad Social", en AA.VV, *Los perfiles de la Mutua de Accidente de Trabajo*, Aranzadi, 2005, pág. 246 y ss.

[715] Para mayor extensión, CARRERO DOMÍNGUEZ, C. y QUINTERO LIMA, M.G.: "La Gestión de las Enfermedades Profesionales por las en *Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionale*s (Coord. Jesús R. Mercader Uguina), La Ley, Madrid, 2007, pág.", en *Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionale*s (Coord. Jesús R. Mercader Uguina), La Ley, Madrid, 2007, págs. 395 yss.

sujetos responsables. Así, las entidades gestoras de los accidentes de trabajo se harían cargo de las prestaciones económicas durante el período de observación y durante la situación de incapacidad temporal. Pero, en el caso de incapacidad permanente o muerte derivadas de enfermedad profesional, el sujeto responsable sería el Fondo Compensador; Fondo que también sería responsable de las prestaciones sanitarias y de prevención y rehabilitación de los incapacitados como consecuencia de una enfermedad profesional. Tras la supresión del Fondo Compensador por RD-ley 36/1978, de 16 de noviembre, se incluyó la asunción por el INSS y por la TGSS de los derechos y obligaciones del extinto Fondo.

Desde entonces, las mutuas han venido asumiendo un papel más secundario en la gestión de las enfermedades profesionales que el desempeñado en relación con los accidentes de trabajo.

En lo referente al aseguramiento de las enfermedades profesionales, las mutuas únicamente gestionaban las prestaciones por incapacidad temporal y período de observación. Sin embargo, la cobertura de las prestaciones de incapacidad permanente y las de muerte y supervivencia derivadas de enfermedad profesional eran asumidas directamente por la TGSS, sin que las mutuas tuvieran que constituir en la TGSS el capital coste de estas pensiones para su capitalización. Sin embargo, a las mutuas sí les correspondía la contribución para hacer frente, en régimen de compensación, a los gastos generales derivados de esta contingencia[716].

Este esquema se ha mantenido prácticamente inalterado en lo esencial hasta fechas muy recientes, en que se ha producido una importante reforma acometida en dos fases. Así, como se ha indicado, en un primer momento, la Orden TAS 4054/2005, de 27 de diciembre, sobre criterios técnicos para la liquidación de capitales coste de pensiones y otras prestaciones periódicas de la Seguridad Social, derivadas tanto de contingencias comunes como de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, introduce la posibilidad de que las mutuas puedan optar, con efectos de 1 de enero de 2006, por la constitución por las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del capital coste correspondiente a determinadas prestaciones derivadas de enfermedades profesionales, a cambio de una reducción en la aportación a los Servicios Comunes.

---

[716] MORENO VIDA, Mª N.: "Actuación en el ámbito de las contingencias profesionales", en AA.VV, *Los perfiles de la Mutua de Accidente de Trabajo*, Aranzadi, 2005, pág. 67.

En una segunda fase, la Ley 51/2007, de Presupuestos Generales del Estado para 2008, en su disposición final 8ª modifica diversos preceptos de la LGSS (art 68. 3, art. 87.3 y art. 201), con la finalidad de extender a las MATEP la responsabilidad en la asunción del coste de las pensiones por incapacidad permanente y muerte y supervivencia derivadas de enfermedad profesional, para lo cual deberán constituir obligatoriamente en la TGSS, hasta el límite de su responsabilidad, el valor actual del capital coste de la las pensiones que se causen por dichas contingencias.

3.3. La capitalización de las pensiones derivadas de enfermedad profesional

3.3.1. Regulación

Como se ha indicado, tras la Ley 51/2007 de Presupuestos Generales del Estado para 2008 (DF 8ª), que modifica los artículos 68.3 LGSS, 87.3 y 201 apartados 1 y 3 LGSS, las Mutuas están obligadas a constituir en la TGSS, hasta el límite de su respectiva responsabilidad, los capitales coste de las pensiones que con arreglo a la LGSS se causen por incapacidad permanente o muerte debidas tanto de accidente de trabajo como de enfermedad profesional (art. 87.3 LGSS).

Por capital coste se entenderá el valor actual de dichas prestaciones, que se determinará en función de las características de cada pensión y aplicando los criterios técnicos-actuariales más apropiados, de forma que los importes que se obtengan garanticen la cobertura de las prestaciones con el grado de aproximación más adecuado y a cuyo efecto el Ministerio de Trabajo e Inmigración aprobará las tablas de mortalidad y la tasa de interés aplicables.

En este sentido, la Orden TAS 4054/2005, de 27 de diciembre, aprueba las nuevas “Tablas de Mortalidad de Pensionistas de la Seguridad Social 2000”, que figuran como Anexos I a V de la citada Orden.

Asimismo, se fija en el 4 por 100 anual el tipo de interés técnico nominal aplicable en la determinación del importe de los capitales coste de pensiones y demás prestaciones de carácter periódico derivadas de cualquier contingencia (art. 3)

Simultáneamente y para la efectividad del principio de revalorización automática de las pensiones, se aplicará una tasa de revalorización anual acumulativa del 2 por 100 (art. 4).

3.3.2. Cálculo del capital coste

La determinación de dicho valor se efectuará por la TGSS de acuerdo con lo establecido en la citada Orden y en la Resolución de 16 de febrero de 2007, de la Dirección General de la Ordenación de la Seguridad Social, por la que se dictan instrucciones en materia de cálculo de capitales coste[717].

Según la primera instrucción, el cálculo del capital coste se efectuará sobre el importe íntegro anual de la prestación reconocida al beneficiario a la fecha de efectos económicos.

Las posteriores desviaciones que puedan producirse respecto a los criterios técnicos aplicados para el cálculo de los capitales coste de pensión serán asumidas por el sistema de la Seguridad Social, en virtud de del principio de reparto que rige su sistema financiero.

3.3.3. Ámbito material de la capitalización

La capitalización va referida a todas las prestaciones económicas periódicas, distintas de las correspondientes a IT, derivadas de tanto de accidente de accidente de trabajo como de enfermedad profesional. Se entenderán incluidas entre ellas las prestaciones de viudedad, de orfandad y a favor de familiares causadas por enfermedad profesional con efectos económicos posteriores a 31 de diciembre de 2005, aun cuando el causante hubiera sido beneficiario de pensión de IP o de jubilación derivada de incapacidad permanente por enfermedad profesional con efectos anteriores a la mencionada fecha. Quedarán excluidas, sin embargo, las variaciones de cuantía, incluidas las revisiones de grado, de las pensiones causadas con efectos anteriores a 1 de enero de 2006 (instrucción segunda de la Resolución 16-2-2007).

3.3.4. Determinación de la MATEP responsable de la constitución del capital coste.

La compensación mediante constitución del capital coste de las prestaciones económicas periódicas por enfermedad profesional, salvo por incapacidad temporal, corresponderá a la mutua que resulte en cada caso responsable de su ingreso de acuerdo con las reglas contenidas en la instrucción tercera de la Resolución de 16 febrero 2007. Se establecen diferentes reglas según se trate: de prestaciones de incapacidad permanente, de prestaciones de muerte y supervivencia, o, en fin, de situaciones de pluriempleo o de pluriactividad.

---

[717] BOE núm. 50, de 27 de febrero de 2007.

A) Prestaciones de Incapacidad Permanente

En relación con estas prestaciones se ofrecen distintas soluciones según el trabajador estuviera en alta o asimilada o en situación de no alta y según que la incapacidad permanente haya estado o no precedida de un proceso de incapacidad temporal.

a) Incapacidad permanente procedente de una situación de incapacidad temporal iniciada en situación de alta.

El ingreso del capital coste corresponderá a la mutua que tuviera la cobertura de las contingencias profesionales del trabajador en la fecha de la baja médica por la que se inicie el proceso de incapacidad permanente.

En los supuestos de recaída, es decir, cuando concurran dos o más procesos de incapacidad temporal consecutivos con el mismo diagnóstico e interrumpidos por períodos inferiores a seis meses, se entenderá como mutua responsable del ingreso del capital coste aquella que tuviera la cobertura de las contingencias profesionales en la fecha de la baja médica inicial.

b) Incapacidad permanente causada desde una situación de no alta.

En este supuesto no procederá la constitución del capital coste, salvo en los supuestos del Régimen Especial de la Minería del Carbón, en cuyo caso el ingreso del capital coste corresponderá a la mutua que tuviera la cobertura de las contingencias profesionales en el momento del cese del período de actividad laboral en el sector de la minería del carbón.

c) Incapacidad permanente en situación de alta o asimilada al alta, no precedida de un proceso de incapacidad temporal.

En tal caso el ingreso del capital coste corresponderá a la mutua que tuviera la cobertura de las contingencias profesionales del trabajador en la fecha del dictamen-propuesta emitido por el equipo de valoración de incapacidades.

d) Incapacidad permanente precedida de una situación de incapacidad temporal iniciada por el trabajador en situación asimilada al alta (desempleo contributivo).

En este supuesto no procederá la constitución del capital coste.

B) Prestaciones de muerte y supervivencia

La Resolución establece soluciones diferentes según que el causante fuera un trabajador en activo o un pensionista de incapacidad permanente o de jubilación derivada de incapacidad permanente.

a) Fallecimiento de trabajador en activo.

El ingreso del capital coste corresponderá a la MATEP que tuviera la cobertura de las contingencias profesionales del trabajador en la fecha del fallecimiento.

b) Fallecimiento de pensionista.

El ingreso del capital coste correrá a cargo de la MATEP a la que, conforme a las reglas anteriores, le hubiere correspondido ingresar el capital coste de la pensión de incapacidad permanente que venía percibiendo el pensionista fallecido, aun cuando dicho capital coste no se hubiera hecho efectivo por tratarse de una pensión causada en un momento en que la MATEP asumía su responsabilidad respecto de las enfermedades profesionales mediante el pago de un coeficiente sobre las cuotas por dichas contingencias.

C) Situaciones de pluriempleo y pluriactividad.

En caso de pluriempleo, la responsabilidad en orden al ingreso del capital coste se imputará a cada entidad en proporción a la base de cotización del trabajador en cada una de las empresas en que prestaban sus servicios.

En caso de que el trabajador se encuentre en situación de pluriactividad y cause derecho en cada uno de los regímenes de Seguridad Social en que estuviera encuadrado, la responsabilidad en orden al ingreso del capital coste se imputará a cada entidad en función del importe de la prestación que cause en cada régimen, una vez aplicado el tope máximo de pensiones.

3.3.5. La inclusión del reaseguro obligatorio en relación con la protección de enfermedades profesionales.

El artículo 201 LGSS, que regula las peculiaridades que presenta el sistema financiero del Régimen General de la Seguridad Social en materia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, fue modificado por la Ley 51/2007, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2008 (D.F. 8ª).

Tal reforma afectó a los apartados 1 y 3 del citado precepto, y consistió en añadir la expresión “o enfermedad profesional” a continuación de la anterior

referencia a "accidente de trabajo". El resultado fue que, desde el 1 de enero de 2008, las MATEP están obligadas a constituir el capital coste de las pensiones que deriven tanto de accidente de trabajo como de enfermedad profesional (art. 201.1 LGSS), así como a constituir, también por ambas contingencias, la renta temporal a que se refiere el art. 201.3 LGSS.

Sin embargo, la Disposición Final 8ª de la Ley 51/2007 dejó intacta la redacción del apartado 2 del artículo 201 LGSS, que continuó haciendo exclusivamente referencia a los accidentes de trabajo en materia de reaseguro obligatorio. En los mismos términos se pronunciaba el art. 63 del RD 1993/1995, de 7 de diciembre, concretando en un 30 por ciento el porcentaje de los riesgos derivados de AT asumidos por las Mutuas que habría de ser objeto de reaseguro obligatorio en la TGSS. Por lo tanto, aún no se había alcanzado una plena uniformidad en la gestión por las Mutuas de las contingencias profesionales, toda vez que persistía una peculiaridad en el régimen financiero de la gestión de las enfermedades profesionales frente a la de los accidentes de trabajo por parte de las MATEP.

Efectivamente, mientras que en relación con la protección de los accidentes de trabajo, las Mutuas debían reasegurar obligatoriamente en la TGSS una parte del riesgo asegurado (el 30 por 100), esta previsión no se había extendido a la protección de las enfermedades profesionales.

En consecuencia, si se actualizaba la contingencia de incapacidad permanente o de muerte y supervivencia por causa de de enfermedades profesionales, la MATEP habría de asumir el 100 por 100 del coste de las prestaciones que deriven de enfermedad profesional. En cambio, respecto del coste de las prestaciones periódicas causadas por accidente de trabajo, la MATEP sólo debía asumir el 70 por ciento de su coste y la TGSS, como compensación, tendría que asumir el porcentaje de las cuotas satisfechas por las empresas por tales contingencias (el 30 por 100 reasegurado).

Sin embargo, la equiparación de las enfermedades profesionales al accidente de trabajo en materia de reaseguro obligatorio ha llegado de la mano de la Ley 2/2008, de Presupuestos Generales del Estado para 2009. En efecto, la Disposición Final 3ª de Ley 2/2008 ha vuelto a modificar el tenor del art 201 de la LGSS, para incluir la mención a las enfermedades profesionales a continuación de los accidentes de trabajo en su número 2. En consecuencia, a partir del 1 de enero de 2009, la obligación de reaseguro de las MATEP alcanza tanto a los riesgos derivados de accidentes de trabajo como de enfermedad profesional.

4. Régimen financiero de la colaboración en la gestión de las contingencias profesionales por las Mutuas.

En la colaboración en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, las MATEP asumen (art. 68.3 LGSS):

1º) El coste de las prestaciones causadas por accidente de trabajo y enfermedades profesionales sufridas por el personal al servicio de los asociados.

Las prestaciones por incapacidad permanente y muerte y supervivencia que no consistan en pensiones serán abonadas directamente por la MATEP

En materia de pensiones causadas por incapacidad permanente y muerte y supervivencia derivadas de accidente de trabajo o enfermedad profesional cuya responsabilidad corresponda asumir a las MATEP, se procederá a la capitalización del importe de dichas pensiones, debiendo las entidades señaladas constituir en la TGSS, hasta el límite de su respectiva responsabilidad, los capitales coste correspondientes (art. 201.1 LGSS).

Por otro lado, si bien sólo en relación con la protección de accidentes de trabajo las Mutuas son responsables de las aportaciones procedentes del reaseguro obligatorio (art. 201.2 LGSS). Las mutuas deben reasegurar obligatoriamente en la TGSS el 30 por 100 de las prestaciones de carácter periódico derivadas de los riesgos de invalidez, muerte y supervivencia que asumen respecto de sus trabajadores protegidos (art. 63.2 RD 1993/1995, RMATEP y art. 79 RD 2064/1995, RGC). Para ese reaseguro obligatorio la TGSS aplica el porcentaje del 30 por 100 sobre la totalidad de las cuotas de accidentes de trabajo y enfermedades profesiones correspondientes a las contingencias de incapacidad permanente, muerte y supervivencia, satisfechas por las empresas asociadas a cada mutua (DA 10ª RD 1993/1995). La aplicación de dicho porcentaje se realiza directamente por la TGSS sobre las cuotas ingresadas por tales conceptos. Cuando se genera una de esas prestaciones, como está reasegurado el 30 por 100 de su coste, la MATEP debe ingresar únicamente el 70 por 100 restante, mientras que la TGSS asume el coste del 30 por 100 reasegurado. Sin embargo, según se ha indicado, en la protección por enfermedades profesionales las mutuas asumen el 100 % del coste de las prestaciones periódicas de incapacidad permanente, muerte y supervivencia, ya que para esta contingencia no está previsto el reaseguro obligatorio (art. 201.2 LGSS).

Según los arts. 201.2 LGSS y 63.2 RD 1993/1995, en relación con el exceso de pérdidas no reaseguradas obligatoriamente en caso de accidente de trabajo, las Mutuas podrán optar entre constituir los oportunos depósitos en la TGSS o formalizar con la misma un concierto facultativo en régimen de compensación entre las Mutuas concertantes (reaseguros complementarios de los anteriores en las condiciones que se establezcan).

Por último, de acuerdo con el artículo 201.3 LGSS, las Mutuas, o en su caso, las empresas declaradas responsables de las prestaciones deberán ingresas en la TGSS los capitales en la cuantía necesaria para constituir una renta cierta temporal durante veinticinco años, del 30 por 100 del salario de los trabajadores que mueran por consecuencia mediata o inmediata de accidente de trabajo o enfermedad profesional sin dejar ningún familiar con derecho a pensión.

2º) El coste de los servicios y actividades preventivas relacionadas con las prestaciones previstas en este número, así como la contribución a los servicios de prevención, recuperación y demás previstos en esta Ley, a favor de las víctimas de aquellas contingencias y de sus beneficiarios.

3º) Los gastos de administración de la propia entidad.

4º) La contribución al sostenimiento de los servicios comunes y sociales de la Seguridad Social, a los demás gastos generales y a la satisfacción de las exigencias de solidaridad, en la forma que establezca el Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Las MATEP se financian mediante aportaciones de los empresarios asociados a ellas. Ahora bien, dichas cuotas no son satisfechas directamente por los empresarios asociados a la mutua, sino a la TGSS, la cual en virtud del principio de "caja única" es la encargada de recaudar las primas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Después, la TGSS transfiere a la MATEP las cuotas que le correspondan para que gestionen los riesgos profesionales, previa la aplicación de las deducciones que procedan para el sostenimiento de los servicios comunes de la Seguridad Social (art. 75.1. RD 2064/1995, de 22 de diciembre, Reglamento General de Cotización)[718].

[718] MORENO VIDA, Mª N.,: "Actuación en el ámbito de las contingencias profesionales", en AA.VV, *Los perfiles de la Mutua de Accidente de Trabajo*, Aranzadi, 2005, pág. 71.

Para el año 2008, el art. 25.1 Orden TAS 7672008, de 22 de enero, fija en el 16 por 100 el coeficiente para determinar la cantidad que deben ingresar las mutuas. Dicha aportación se determinará aplicando el mencionado porcentaje al importe de las cuotas de la Seguridad Social recaudadas mensualmente para cada una de aquéllas.

Las liquidaciones serán efectuadas por la TGSS, realizándose su pago en los términos previstos en el art. 87 Reglamento General de Recaudación de los Recursos del sistema de la Seguridad Social[719].

III. LA COLABORACIÓN DE LAS EMPRESAS EN LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

La colaboración de las empresas en la gestión de la Seguridad Social está prevista con carácter general en el art. 77 LGSS, desarrollado por Orden de 25 de noviembre de 1966. Presenta dos modalidades básicas: colaboración obligatoria y voluntaria[720]. Puede comprender diversas prestaciones del sistema, aunque tiene una presencia destacada en materia de incapacidad temporal.

3.1. La colaboración obligatoria: el pago delegado de prestaciones.

La colaboración obligatoria consiste en el pago delegado a los trabajadores, a cargo de la entidad gestora obligada, de las prestaciones económicas por IT y desempleo parcial, pudiendo reintegrarse de las cantidades satisfechas descontándose del importe de las liquidaciones que han de efectuar para el ingreso de las cuotas de la seguridad social que

---

719 Por otra parte, y aunque excede del tema objeto de nuestro estudio- la gestión de las enfermedades profesionales- conviene recordar brevemente que la financiación de las funciones y actividades atribuidas a las MATEP para la gestión de la prestación de IT derivada de contingencias comunes a favor de los trabajadores de las empresas asociadas que hubieran optado por formalizar la cobertura de la prestación en ellas y para la cobertura de la prestación por incapacidad temporal de los trabajadores por cuenta propia del RETA, se efectuará mediante la entrega a las mismas, a través de la TGSS, de la fracción de cuota que se determine por el Ministerio de Trabajo (art. 71.2 y 76.2 del RMATEP). Para 2008, los coeficientes aplicables se establecen en el art. 24 de la Orden TAS/76/2008.

720 *In extenso*, GONZALEZ DEL REY RODRIGUEZ, I, y RODRIGUEZ CARDO, I.: "La colaboración obligatoria y voluntaria de las empresas en la gestión de la Seguridad Social", en *Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesiona*les (Coord. Jesús R. Mercader Uguina), La Ley, Madrid, 2007, pág. 621 y ss.

correspondan al mismo período que las prestaciones abonadas a los trabajadores (art. 77.1 c) LGSS y arts. 16 a 21 OM 27-11-1966).

Se excluye expresamente de la colaboración obligatoria las prestaciones por maternidad y paternidad (DA 11ª ter LGSS). Su gestión corresponde directa y exclusivamente a la entidad gestora correspondiente.

Las empresas que empleen menos de diez trabajadores y lleven más de seis meses consecutivos pagando a alguno de ellos una prestación económica por IT, cualquiera que sea su causa, podrán trasladar en cualquier momento la obligación de pago directo al INSS o a la mutua en su caso. El traslado de la obligación deberá tener efecto coincidiendo con el comienzo de un mes natural y deberá comunicarse a la entidad correspondiente con un mínimo de quince días de antelación.

De otro lado, si la TGSS concede a una empresa el aplazamiento o fraccionamiento para el ingreso de las cuotas de la Seguridad Social, podrá exceptuarla durante el período a que alcance el aplazamiento de la obligación de pago delegado de las prestaciones (art. 16.2 OM 25-11-1966).

En los casos de incapacidad temporal debida a enfermedad profesional, el pago de la prestación se efectuará desde el día siguiente al de la baja en el trabajo.

Las empresas se reintegran de las cantidades satisfechas a sus trabajadores en virtud del sistema de pago delegado, descontándose del importe de las liquidaciones que han de efectuar para el ingreso de las cuotas de la Seguridad Social que correspondan al mismo período que las prestaciones satisfechas. Para ello, han de reflejar en los boletines de cotización el importe de las prestaciones abonadas, de forma detallada y con determinación nominal de los trabajadores a quienes se hayan abonado las prestaciones (art. 26.1 LGSS; art. 20.1 OM 25-11-1966).

El empresario podrá compensar su crédito por las prestaciones abonadas y su deuda por las cuotas debidas en el mismo período, aunque no haya pagado puntualmente las cuotas, siempre que al menos haya presentado los documentos de cotización dentro de los plazos reglamentarios (art. 26 LGSS). Fuera de este supuesto, el empresario no podrá efectuar la compensación, viniendo por tanto obligado a abonar a la TGSS la totalidad de las cuotas sin perjuicio de su derecho para solicitar la devolución del importe de las prestaciones abonadas en régimen de pago delegado a la TGSS o a la entidad gestora correspondiente.

En todo caso, el recargo por mora debido a retraso en el abono de las cotizaciones debe calcularse sobre la deuda del empresario una vez efectuado el descuento de las cantidades abonadas por éste puntualmente en concepto de colaboración obligatoria.

La Inspección de Trabajo, de oficio o a propuesta de las entidades gestoras o de la mutua por cuya delegación se abonan las prestaciones o a instancia de los trabajadores interesados, comprobará el cumplimiento por las empresas de la colaboración obligatoria (art. 21 OM 25-11-1966).

Si el trabajador no percibe las prestaciones a que tenga derecho en régimen de pago delegado de la empresa, en la cuantía y plazo establecidos, lo pondrá en conocimiento de la entidad gestora o mutua correspondiente, que adoptará con urgencia las medidas necesarias para que se corrija la falta o deficiencia y lo comunicará a la Inspección de Trabajo a los efectos consiguientes (art. 19 O 25-11-1966).

La Entidad gestora es la responsable del pago de la prestación y debe adoptar las medidas urgentes que sean precisas cuando la empresa incumple su deber de colaboración, y una de ellas es la de anticipar el pago.

3.2. La colaboración voluntaria en riesgos profesionales

Las empresas pueden ejercer su colaboración voluntaria de tres formas, sujetas en todo caso, a un régimen de autorización y control a cargo de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (arts. 10 y ss. OM 25-11-1966).

Para los tres supuestos hay reglas comunes: las cantidades recibidas por las empresas no podrán aplicarse a ninguna otra finalidad distinta de las establecidas, el resultado económico de la colaboración será de exclusiva responsabilidad de las empresas, que deberán asumir las pérdidas que pudieran producirse, y las prestaciones objeto de colaboración deberán dispensarse con la extensión y cuantía establecidas reglamentariamente con carácter general.

Las tres modalidades posibles son:

a) gestión de las prestaciones por asistencia sanitaria e incapacidad temporal derivadas de accidente de trabajo y enfermedades profesionales.

b) gestión de la asistencia sanitaria y de la incapacidad temporal derivadas de enfermedad común y accidente no laboral.

c) pago, a su cargo, del subsidio por IT por riesgos comunes.

Nuestro análisis se limitará a la primera modalidad señalada.

3.2.1. Ámbito de la colaboración

En el marco de su colaboración voluntaria, la empresa puede asumir directamente el pago, a su cargo, de las prestaciones por IT por contingencias profesionales y la dispensación de las prestaciones de asistencia sanitaria y recuperación profesional derivadas de esas mismas contingencias (art. 77.1 a) LGSS)

3.2.2. Condiciones de las empresas.

Los requisitos básicos que deben cumplir las empresas son: tener más de 250 trabajadores fijos (o más de 100 si poseen instalaciones sanitarias ademadas) y poseer instalaciones sanitarias suficientes (art. 4 OM 25-11-1966).

3.2.3. Reconocimiento y control de las situaciones protegidas.

De acuerdo con la Orden de 13 de octubre de 1967, relativa a las prestaciones de incapacidad temporal, el reconocimiento del derecho al subsidio corresponderá a la empresa colaboradora "cuando se derive de las contingencias a que afecte su colaboración" (art. 6.c), al igual que el pago, que se realizará con la misma periodicidad y en las mismas fechas que los salarios.

La empresa que colabora voluntariamente en la gestión de estas prestaciones asume prácticamente la íntegra gestión de la contingencia de la que aquéllas se derivan, de la incapacidad temporal por riesgos profesionales, ocupando una posición semejante y alternativa a la que las MATEP pueden desarrollar.

No obstante, la competencia para calificar la contingencia como común o profesional está atribuida en todo caso al INSS, como en un primer momento afirmó la jurisprudencia (STS ud 27.1.1998) y posteriormente fue confirmado en sede normativa por el RD 1041/2005 y el RD 1299/2006.

3.2.4. Régimen financiero

Las empresas tienen derecho a retener de la cotización la parte de cuota correspondiente a las prestaciones sanitarias y económicas que asumen, dando cuenta semestralmente a los representantes de los

trabajadores de su aplicación, y viene obligadas a ingresar una cantidad por la colaboración en la gestión de estas contingencias, en concepto de aportación al sostenimiento de los servicios comunes de la Seguridad Social (art. 6 OM 25-11-1966 y art. 75.2 RD 2064/1995, de 22 de diciembre, RGC). Para el año 2008, el art. 25 Orden TAS 76/2008, de 22 de enero, fija en el 31,30 por 100 el coeficiente para determinar la cantidad que deben ingresar las empresas autorizadas a colaborar en la gestión de la asistencia sanitaria e incapacidad temporal derivadas de contingencias de accidente de trabajo y enfermedades profesionales, en concepto de aportación al sostenimiento de los servicios comunes de la Seguridad Social y de contribución a los demás gastos generales y a las exigencias de solidaridad nacional.

Las operaciones de liquidación serán efectuadas mensualmente por las propias empresas autorizadas a colaborar mediante la determinación, en los documentos de cotización, del importe que resulte de la aplicación de dicho porcentaje (art. 77.2 RD 2054/1995).

Las empresas de más de 500 trabajadores, asociadas a una mutua, que presten para la misma servicios de gestión complementaria a que se refiere el art. 2.2 Orden 3859/2007, de 27 de diciembre y estén autorizadas para colaborar en la gestión de la Seguridad Social en la modalidad de pago directo de la incapacidad temporal, asistencia sanitaria y recuperación profesional por accidente de trabajo o enfermedad profesional, percibirán por esta colaboración el 3% de las cuotas retenidas, además de la contraprestación establecida en el artículo 1 de la Orden citada.

IV. CONCLUSIONES:

- La Ley 51/2007 de Presupuestos Generales del Estado para 2008 (DF 8ª), modifica los artículos 68.3 LGSS, 87.3 y 201 LGSS, poniendo así fin a la histórica disociación entre accidente de trabajo y enfermedad profesional en relación con la protección de las prestaciones económicas por incapacidad permanente y muerte y supervivencia.

- Tras la reforma, en materia de pensiones causadas por incapacidad permanente o muerte derivadas de accidente de trabajo o de enfermedad profesional cuya responsabilidad corresponda asumir a las MATEP, se procederá en todo caso a la capitalización del importe de dichas pensiones, debiendo dichas entidades constituir en la TGSS, hasta el límite de su

respectiva responsabilidad, los capitales coste correspondientes (art. 87.3 LGSS).

- La determinación de los capitales coste de las pensiones que con arreglo a la LGSS se causen por incapacidad permanente o muerte debidas tanto de accidente de trabajo como de enfermedad profesional se efectuará por la TGSS de acuerdo con lo establecido en la Orden TAS 4054/2005, de 7 diciembre y en la Resolución de 16 de febrero de 2007, de la Dirección General de la Ordenación de la Seguridad Social, por la que se dictan instrucciones en materia de cálculo de capitales coste

- Tras su modificación por la Ley 2/2008, el artículo 201.1 LGSS, al regular el reaseguro obligatorio, menciona tanto a los accidentes de trabajo como a las enfermedades profesionales. De ello se deduce que, en relación con la protección de las enfermedades profesionales, cabe reasegurar una parte de la protección, a diferencia de lo que ocurría hasta el 31 de diciembre de 2008, de modo que las MATEP ya no tendrán que asumir la totalidad del coste financiero de las prestaciones periódicas por incapacidad permanente y muerte y supervivencia, derivadas de esta contingencia.

- En el marco de su colaboración voluntaria, la empresa puede asumir directamente el pago, a su cargo, de las prestaciones por incapacidad temporal por contingencias profesionales y la dispensación de las prestaciones de asistencia sanitaria y recuperación profesional derivadas de esas mismas contingencias (art. 77.1 a) LGSS).

CAPÍTULO VIII

LA ENFERMEDAD PROFESIONAL DEL TRABAJADOR AUTÓNOMO: HACIA LA COMPLETA EQUIPARACIÓN CON EL RÉGIMEN GENERAL

Mª Carmen López Aniorte
Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de Murcia

SUMARIO: I. INTRODUCCIÓN: LA INICIAL DESPROTECCIÓN DEL AUTÓNOMO EN MATERIA DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES. II. EL ACERCAMIENTO PROGRESIVO DEL RETA AL RGSS EN LA COBERTURA DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES. III. LA ACCIÓN PROTECTORA DEL RETA POR RIESGOS PROFESIONALES: PECULIARIDADES. 1. El accidente de trabajo del trabajador autónomo: un doble concepto. 1.1. Elementos del concepto de accidente de trabajo aplicable al trabajador autónomo común. 1.1.1. Trabajo por cuenta propia. 1.1.2. Lesión corporal. 1.1.3. Relación de causalidad directa e inmediata entre lesión y trabajo. 1.2. El concepto de accidente de trabajo aplicable al TRADE. 2. Requisitos del concepto de enfermedad profesional aplicable al autónomo. 2.1. Lesión o enfermedad. 2.2. Trabajo por cuenta propia. 2.3. Relación de causalidad entre lesión o enfermedad y trabajo. 3. Régimen jurídico de la opción por la cobertura de las contingencias profesionales en el RETA, tras la entrada en vigor del RD 1382/2008, de 1 de agosto. 3.1. Normas generales. 3.2. Normas aplicables a los trabajadores incluidos en el Sistema Especial para Trabajadores por Cuenta Propia Agrarios. 4. La cotización adicional por contingencias profesionales. 5. Alcance de la acción protectora IV. LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL DEL TRABAJADOR AUTÓNOMO. V. CONCLUSIONES

I. INTRODUCCIÓN: LA INICIAL DESPROTECCIÓN DEL AUTÓNOMO EN MATERIA DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES

Uno de los aspectos que tradicionalmente ha diferenciado la acción protectora del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos (RETA) de la del Régimen General ha sido la inexistencia en el primero de una protección específica para las contingencias profesionales, lo que comportaba la ausencia de diferenciación en la cualidad o cuantía de las prestaciones en función de su eventual origen, profesional o común. Todas las contingencias tenían la consideración de comunes[721].

[721] Véase, ALARCON CARACUEL, M.R., y GONZÁLEZ ORTEGA, S., *Compendio de Seguridad Social*, 4ª ed. renovada, Tecnos, Madrid, 1991, pág. 102.

Con diversos argumentos se ha pretendido "justificar" el descrito déficit de protección; así, se ha señalado la tradicional conexión de la protección específica de los riesgos profesionales con el concepto de responsabilidad empresarial[722]; o la característica vinculación de la noción de accidente de trabajo al trabajo por cuenta ajena, donde cabe la delimitación de tiempo y lugar[723]; o el propósito de impedir el incremento de la cuota que habría de conllevar para el autónomo la cotización adicional para cubrir tales riesgos[724]; o, cómo no, la reducción de costes que la medida representaba para el sistema[725].

Pero tal regulación no casaba bien con la normativa de la Unión Europea, en la que el concepto de riesgo profesional tradicionalmente se ha extendido a quienes ejercen una actividad profesional con independencia de que la prestación se canalice o no a través de un contrato de trabajo [726], ni resultaba coherente con la extensión de los riesgos profesionales a los autónomos del Régimen Especial Agrario (REA) y del Régimen Especial de Trabajadores del Mar (RETM), y suponía, además, la inobservancia de la recomendación sexta del Pacto de Toledo en la que se expresaba la necesidad de homogeneizar el contenido de la acción protectora del nivel contributivo.

II. EL ACERCAMIENTO PROGRESIVO DEL RETA AL RGSS EN LA COBERTURA DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES

[722] LÓPEZ GANDÍA, J., "La nueva protección social de los trabajadores autónomos", *Revista de Derecho Social*, núm. 24, 2003, pág. 33.

[723] MERCADER UGUINA, J.R., "La Ley de Acompañamiento para el 2003. Modificaciones en materia de Seguridad Social /y II)", *RL*, núm. 6, 2003, pág. 63.

[724] MERCADER UGUINA, J.R., y NOGUEIRA GUSTAVINO, M., "Trabajo por cuenta ajena y sujeto protegido contra el accidente de trabajo: historia de una divergencia", en ,AA.VV., *Cien años de Seguridad Social*, Fraternidad-Muprespa, Madrid, 2000, pág. 319.

[725] FERRANDO GARCÍA, F.M., en LÓPEZ ANIORTE, M.C. y FERRANDO GARCÍA, F.M., *La Seguridad Social de los Trabajadores Autónomos: nuevo régimen jurídico*, Thomson-Civitas, Madrid, 2005, pág. 92

[726] Véanse los Reglamentos 148/1971, de 14 de junio, y 574/1972, de 21 de marzo, en los que, en materia de contingencias profesionales, no se distingue entre trabajadores autónomos y asalariados.

La histórica reivindicación de los autónomos fue finalmente atendida en el Acuerdo para la mejora y desarrollo del Sistema de Protección social de 9 de abril de 2001, contemplando su apartado VII la inclusión en el RETA de la cobertura de los riesgos profesionales; medida que habría de ser financiada por los propios autónomos, pues la puesta en práctica de la misma se condicionaba al establecimiento de las "correspondientes cotizaciones".

En cumplimiento del mencionado Acuerdo, la Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, incorporó la Disposición Adicional Trigésimo cuarta a la LGSS, por la que se permitía a los trabajadores por cuenta propia mejorar voluntariamente la acción protectora del RETA, incorporando la correspondiente a las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional, siempre que aquéllos, previa o simultáneamente, hubieran optado por incluir, dentro de dicho ámbito, la prestación económica por Incapacidad Temporal (en adelante, IT). Esta Disposición fue desarrollada por el RD 1273/2003.

Dada la originaria vinculación de la protección por contingencias profesionales a la opción por la cobertura de la IT, el análisis de dicha protección no quedaría completo sin una breve referencia a esta última prestación[727], y a su tortuosa evolución en el RETA.

La IT, inicialmente denominada ILT, fue introducida como mejora voluntaria por el RD 1074/1977, de 23 de abril, mediante la modificación del art. 27 del D. 2530/1970, de 20 de agosto, constitutivo del RETA[728]. Años más tarde, con el RD 43/1984, de 4 de enero, la ILT pasó a formar parte de la acción protectora obligatoria del RETA; pero tal situación apenas se mantuvo una década, pues la Ley 21/1993, de 29 de diciembre, de Presupuestos generales del Estado para 1994, en su art. 104, apartado 4, volvió a configurar tal prestación como mejora voluntaria.

El RD-Leg. 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprobó la LGSS, derogó el citado apartado 4 de la Ley 21/1993, pero conservó, en su Disp. Ad. 11ª, el

---

[727]Sobre la materia puede verse, *in extenso*, LLORENTE ÁLVAREZ, A., y PINILLA GONZÁLEZ, M. A., "La gestión de la Incapacidad Temporal de los trabajadores autónomos en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos y en el Régimen Especial Agrario", en AA.VV., *Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales* (Mercader Uguina, Coord.), La Ley, Madrid, 2007, págs. 487 y sgs.

[728] El art. 27.3 del D. 2530/1970, de 20 de agosto, fue desarrollado por la Orden de 28 de julio de 1978.

carácter voluntario de la prestación, atribuyendo la posibilidad de formalizar la cobertura de la prestación, bien con una Mutua de Accidentes de Trabajo y enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, bien con la Entidad gestora correspondiente, o bien con una Mutua de Previsión Social; esta última opción fue suprimida por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre. Por su parte, la Ley 52/2003, de 10 de diciembre, añadió al apartado 2, párrafo 2º, de la Disp. Ad. 11ª LGSS un último inciso en virtud del cual quienes solicitaran el alta a partir del 1 de enero de 1998, y optaran por acogerse a la cobertura de IT, sólo podrían formalizar la misma con una Mutua.

Finalmente, la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del Trabajo Autónomo (en adelante, LETA), en su Disp. Ad. 3ª, ha restablecido de la regla de la obligatoriedad -perdida en 1993- en materia de cobertura de la IT, aminorándose, en parte, la flexibilidad organizativa característica de este Régimen[729]. Así, a partir de 1 de enero de 2008, los autónomos, ya sean de nueva incorporación, ya se trate de los previamente afiliados, han de dar cobertura obligatoriamente a las prestaciones de IT.

Ahora bien, dicha regla cuenta con dos excepciones, quedando excluidos de la misma:

- Quienes tengan derecho a la prestación de IT en razón de la actividad realizada en otro Régimen, en cuyo caso podrán acogerse voluntariamente a la cobertura de la misma en el RETA, o renunciar a ella[730]. Se trata de un sistema "de opción" que permite evitar, si así lo desea el autónomo, duplicar su cotización por IT cuando el mismo compatibilice su trabajo por cuenta propia con otra actividad encuadrada en otro Régimen del Sistema de la Seguridad Social, en el ya tenga cubierta dicha contingencia.

- Los trabajadores incorporados al "Sistema Especial de Trabajadores Agrarios por Cuenta Propia", para los que la IT seguirá constituyendo una

---

[729] Véase, GARCÍA JIMÉNEZ, M. y MOLINA NAVARRETE, C., *El estatuto profesional del trabajo autónomo: diferenciando lo verdadero de lo falso,* Tecnos, Madrid, 2008, pág. 232, quienes advierten que la novedad es puramente normativa, pero no práctica, habida cuenta que a la entrada en vigor de la LETA, ya el 95% de los autónomos tenían cubierta la protección por Incapacidad Temporal.

[730] Véanse, Disp. Ad. 3ª LETA, de 11 de julio, del Estatuto del Trabajo Autónomo, y art. 47 Reglamento General sobre Inscripción de Empresas y Afiliación, Altas, Bajas y Variaciones de Datos de Trabajadores en la Seguridad Social, aprobado por RD 44/1996, de 26 de marzo, en su nueva redacción dada por el RD 1382/2008, de 1 de agosto, dictado en desarrollo de las Leyes 18/2007 y 20/2007.

mejora voluntaria[731]. Con este medida, la LETA impide la plena equiparación en materia de prestaciones entre los trabajadores incluidos en el ámbito aplicativo del RETA, perpetuando las diferencias entre los mismos por razón del sector en el que desarrollen su actividad. Parece claro que una previsión de estas características difícilmente contribuye al cumplimiento de la recomendación sexta del Pacto de Toledo – referente a la necesidad de homogeneizar el contenido de la acción protectora del nivel contributivo-, siendo, posiblemente, el carácter benéfico y asistencial que continua presente, a día de hoy, en la actividad agraria, el que justifique una medida legislativa que, en definitiva, impide que un colectivo económicamente débil soporte mayores cargas sociales[732].

Retomando el tema de los riesgos profesionales, la LETA ofrece una fórmula flexible con la que, una vez más, se renuncia a poner fin a la generalizada desprotección en esta materia de los autónomos:

- De una parte, el artículo 26.3 impone a los Trabajadores Autónomos Económicamente Dependientes (en adelante, TRADE) la cobertura obligatoria de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, al tiempo que ofrece para los mismos un concepto específico de accidente de trabajo inspirado en el aplicable a los asalariados. Respecto del autónomo común u ordinario, excluido de la regla de la obligatoriedad, rige el más restrictivo concepto establecido en la Disp. Ad. 34 LGSS.

- De otra, la Disp. Ad. 3ª, apartado 2, contiene un mandato al Gobierno para que éste determine las actividades profesionales desarrolladas por trabajadores autónomos que presenten un mayor riesgo de siniestralidad; en dichas actividades también resultará obligatoria la cobertura de las contingencias profesionales, y será de aplicación el concepto de accidente de trabajo establecido en el art. 26.3 de la LETA para los TRADE. Pero, a día de hoy, dicho desarrollo reglamentario todavía no se ha producido.

La previsión anterior no se aplica a los trabajadores incorporados al Sistema Especial de Trabajadores Agrarios por Cuenta Propia", para los que, según se infiere de la Disp. Ad. 3º, apartado 3, de la LETA, la cobertura de las contingencias profesionales será voluntaria, aun cuando se trate de actividades

[731] Véase, apartado 3 Disp. Ad. 3ª Ley LETA

[732] En este sentido, CARDENAL CARRO, M. e HIERRO HIERRO, J., "Retoques y modificaciones en los RRDD 84/1996, 2064/1995, 1415/2004 y 1993/1994 para su adaptación a las Leyes 18 y 20/2007 (notas sobre el nuevo Sistema Especial de la Seguridad Social), *Aranzadi Social*, núm. 13/2008 (Tribuna).

que representen mayor riesgo de siniestralidad[733]. Ello no obstante, quedan exceptuadas de la regla de la voluntariedad las contingencias de invalidez y muerte y supervivencia, respecto de las cuales la cobertura de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales es obligatoria[734]. Aquellos trabajadores agrarios del Sistema Especial que deseen tener cubierta la totalidad de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedades profesionales, habrán también de optar por incluir la prestación económica por IT dentro del ámbito de su acción protectora[735].

III. LA ACCIÓN PROTECTORA DEL RETA POR RIESGOS PROFESIONALES: PECULIARIDADES

1. El accidente de trabajo del trabajador autónomo: un doble concepto

1.1. Elementos del concepto de accidente de trabajo aplicable al trabajador autónomo común

El apartado 1, párrafo 2º, de la Disp. Ad. 34ª LGSS y el art. 3.2 RD 1273/2003, de 10 de octubre, definen el accidente de trabajo del trabajador autónomo como "*el ocurrido como consecuencia directa e inmediata del trabajo que realiza por su propia cuenta y que determina su inclusión en el campo de aplicación de dicho Régimen Especial".*

A tal efecto, tendrán la consideración de accidente de trabajo (art. 3.2 RD 1273/2003):

a) Los acaecidos en actos de salvamento y otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.

b) Las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo, cuando se pruebe la conexión con el trabajo realizado por cuenta propia.

---

[733] Véase Disp. Ad. 3º, apartado 3.

[734] Véase, art. 47.bis.4 RD 84/1996, de 26 de enero, según redacción dada por el RD 1382/2008, de 1 de agosto.

[735] Art. 47.bis.4 RD 84/1996, de 26 de enero, según redacción dada por el RD 1382/2008, de 1 de agosto.

c) Las enfermedades no profesionales que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución de aquél.

d) Las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

E) Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.

Llegados a este punto cabe advertir que la noción de accidente de trabajo aplicable al trabajador autónomo común es restrictiva, construida en su momento en consonancia con las previstas para los autónomos de otros Regímenes Especiales, y alejada de la establecida, en el art. 115 LGSS, para el RGSS, conforme a la cual, alcanza tal consideración "*toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena*".

De la noción aplicable al RGSS se desprenden con claridad los tres elementos que configuran el concepto de accidente de trabajo: a) trabajo; b) lesión corporal; y, c) relación de causalidad entre el trabajo y la lesión. A partir de estos requisitos, trasladados al ámbito del trabajo autónomo, procedemos a examinar la noción de accidente de trabajo que rige respecto del trabajador autónomo común:

1.1.1. Trabajo por cuenta propia

Es accidente de trabajo el ocurrido como consecuencia del "trabajo que realiza por su propia cuenta y que determina su inclusión en el campo de aplicación de dicho Régimen Especial". Ha de tratarse, pues, de una lesión producida en la actividad desarrollada de forma habitual, personal y directa, a título lucrativo y sin vinculación mediante contrato de trabajo (art. 2.1. D. 2530/1970, de 20 de agosto).

En el caso de que el trabajador autónomo realizara varias actividades por cuenta propia por las que proceda su inclusión en el RETA, el alta en dicho Régimen será única. La cobertura de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales se practicará por aquella de sus actividades a la que resulte

aplicable el tipo de cotización más alto entre los recogidos en la tarifa de primas vigente (art. 47.4 Reglamento General sobre Inscripción de empresas y Afiliación, Altas, Bajas y Variaciones de Datos de Trabajadores en la Seguridad Social, aprobado por el RD 84/1996, de 26 de enero, según redacción dada por el RD 1382/2008, de 1 de agosto).

Ello no obstante, el autónomo habrá de declarar todas sus actividades en la solicitud de alta o, de producirse la pluriactividad después de ella, mediante la correspondiente variación de datos. En función de dichas declaraciones, la TGSS dará cuenta de las actividades desempeñadas en cada momento a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social con la que el trabajador haya formalizado la cobertura de la prestación económica por IT y, en su caso, de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (art. 46.3 del RD 84/1996, de 26 de enero, según redacción dada por el RD 1382/2008, de 1 de agosto). El trabajador por cuenta propia habrá de resultar, así, protegido por contingencias profesionales en todas las actividades declaradas.

En el pasado, sin embargo, el autónomo se insertaba en el RETA por un tipo concreto de actividad[736], sin que estuviese obligado a declarar las restantes, quedando éstas sin cobertura por accidente de trabajo en los casos en que tuviera concertada dicha contingencia. La doctrina había denunciado la descrita situación de desprotección[737].

1.1.2. Lesión corporal

A diferencia del art. 115 LGSS, la Disp. Ad. 34ª LGSS omite toda referencia expresa a este elemento, definiendo el accidente de trabajo como "*el ocurrido como consecuencia directa e inmediata del trabajo que realiza por su propia cuenta*". Ello no obstante, necesariamente el accidente ha de exteriorizarse a través de una lesión o daño corporal, de carácter físico o psíquico. La jurisprudencia incluye dentro del término lesión tanto los accidentes en sentido estricto o lesiones producidas por la acción súbita y no lenta de un agente exterior, como las enfermedades o alteraciones de los

[736] Téngase en cuenta que el art. 7 OM de 24 de septiembre de 1970, actualmente derogado, establecía el alta y la cotización únicas para quienes realizaran varias actividades que dieran lugar a la inclusión en el ámbito de aplicación del RETA, procediendo el alta por una sola de dichas actividades, a elección del interesado.

[737] En este sentido, PANIZO ROBLES, J.A., "La ampliación de la protección social de los autónomos: la cobertura de los riesgos profesionales", *Revista de Trabajo y Seguridad social*, Centro de Estudios Financieros, núm. 53, 2003, págs. 143 y sgs.

proceso vitales que pueden surgir en el trabajo, tales como la angina de pecho[738] o el infarto de miocardio[739].

En el RD 1273/2003, de 10 de octubre (art. 3.3), se concreta el concepto de accidente de trabajo del autónomo por medio de un listado en el que no sólo quedan incluidas las lesiones producidas durante el tiempo y en lugar de trabajo y las enfermedades no profesionales que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su actividad, sino también las agravaciones de enfermedades o defectos padecidos con anterioridad como consecuencia de las lesiones padecidas por el accidente, o las consecuencias de éste modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes (supuestos también considerados manifestaciones de accidente de trabajo respecto del trabajador incluido en el RGSS)[740].

1.1.3. Relación de causalidad directa e inmediata entre lesión y trabajo

A diferencia del elástico concepto aplicable en el RGSS, según el cual accidente de trabajo es el que sufre el trabajador "*con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena*" (art. 115.1 LGSS), para el trabajador autónomo común encuadrado en el RETA se exige una causalidad directa y rígida, constituyendo accidente de trabajo "*el ocurrido como consecuencia directa e inmediata del trabajo que realiza por su propia cuenta*" (Disp. Ad. 34 LGSS y art. 3 RD 1273/3003). De este modo, los accidentes sufridos "con ocasión" de la actividad desarrollada quedarían excluidos del concepto de accidente de trabajo para el autónomo ordinario[741]; no así respecto del TRADE, como se verá más adelante.

Las consecuencias de la exigencia de una relación de causalidad directa e inmediata entre la lesión y la actividad autónoma son diversas:

1º. No se extiende al autónomo común la presunción de laboralidad, conforme a la cual "*son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que*

---

[738] STS 23 julio 1999 (RJ 1999/6841).

[739] STS 23 enero 1988 (RJ 1988/1008).

[740] Véase, art. 115.2 LGSS.

[741] BARRIOS BAUDOR, G.L., y APILLUELO MARTÍN, M., *Introducción al Estatuto del Trabajo Autónomo,* Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2008, pág. 181.

sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo" (art. 115.3 LGSS). Por el contrario, el art. 3.2.b) RD 1273/2003, exige a aquéllos la prueba de la conexión entre las lesiones sufridas en tiempo y lugar de trabajo (por ejemplo, ictus isquémico o infarto de miocardio) y el trabajo realizado por cuenta propia[742].

Sin duda, esta previsión se fundamenta en la facultad de autoorganización del autónomo que le permite decidir con cierta flexibilidad sobre el tiempo y el lugar de trabajo, así como en las mayores dificultades para investigar las condiciones en que se producen los accidentes de este colectivo, al carecer la Inspección de Trabajo de competencia en la materia[743].

Ello no obstante, la medida no se entiende bien cuando se aplica a trabajadores cuya actividad les exige su presencia regular en una empresa o centro de trabajo[744], como sucede cuando se trata de pequeños autónomos titulares de establecimientos abiertos al público durante un horario predeterminado. En supuestos como el descrito, si la lesión se manifiesta durante la jornada laboral y en el lugar de trabajo, no parece justificada la existencia una diferencia de trato entre autónomos y asalariados que permite que los primeros se beneficien de la presunción de laboralidad y que obliga a los segundos a probar la conexión entre la lesión y el trabajo desarrollado por cuenta propia.

2º. No se incluye en el concepto de accidente de trabajo del autónomo común el denominado accidente *in itinere*, es decir, el sufrido por el trabajador "*al ir o volver del lugar de trabajo*" (art. 115.2.a LGSS); el art. 3.3.a) RD 1273/2003, al delimitar negativamente concepto, lo excluye expresamente, no existiendo más protección en estos casos que la derivada del accidente común. Sin duda, una vez más, la cultura de la sospecha de fraude que se cierne sobre el trabajador por cuenta propia se encuentra tras una medida normativa de tales características. La doctrina ha destacado con acierto que la aplicación de esta norma puede conducir al ilógico resultado de que las

---

[742] Así, el TSJ País Vasco, en S. de 12 de julio de 2006 (AS 2005/2633), consideró probada la relación de causalidad entre lesión y trabajo en el supuesto de un ictus isquémico padecido por una economista autónoma, en tiempo y lugar de trabajo, en el departamento financiero de una entidad bancaria, "coincidiendo con la entrada del euro y en una situación especialmente estresante y de intensa tensión".

[743] CAVAS MARTÍNEZ, F., "El esperado desarrollo reglamentario de las mejoras producidas en la acción protectora de los trabajadores autónomos", *AS*, núm. 15, 2004, pág. 16.

[744] LÓPEZ GANDÍA, J., "La nueva protección social de los trabajadores autónomos", *cit.*, pág. 35.

lesiones sufridas en un accidente de tráfico por un autónomo y su empleado en el trayecto de ida o vuelta del trabajo, alcancen la consideración de accidente laboral para el segundo y no para el primero[745].

Junto al accidente *in itinere,* el mencionado precepto también excluye los debidos a fuerza mayor extraña al trabajo y a dolo o imprudencia temeraria del trabajador, en idénticos términos a los utilizados por el art. 115.4.a) y b) LGSS. No se mencionan en la lista de exclusiones los accidentes ocasionados por la imprudencia profesional "*que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira*", imprudencia que en el Régimen General no impide la calificación de un accidente como de trabajo (art. 115.5.a LGSS). Ahora bien, la ausencia de una norma paralela aplicable al autónomo común, unido a la exigencia a éstos de una relación de causalidad directa e inmediata entre la lesión y la actividad autónoma, son circunstancias de las que se induce la exclusión del concepto de accidente de trabajo de los ocurridos por imprudencia profesional.

La concurrencia de culpabilidad civil o criminal de un tercero no obstará, sin embargo, a la calificación de un accidente como laboral, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo (art. 3.4 RD 1273/2003, en el que se reproduce el contenido del art. 115.5.b. LGSS).

3º. Por último, tampoco alcanza la consideración de accidente de trabajo a los sufridos por el trabajador "con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos". En este caso tampoco cabe hablar de expresa exclusión, sino de mera omisión en el listado contenido el art. 3.2 RD 1273/2003, a través de cual se realiza la delimitación positiva del concepto de accidente de trabajo del autónomo.

Necesario es recordar que los autónomos sin trabajadores a su servicios tienen derecho de afiliación a cualquier sindicado de su elección, como manifestación de su derecho fundamental a la libertad sindical, pudiendo éstos llegar a ocupar cargos de responsabilidad en el seno del sindicato en el que figuren afiliados en ejercicio del derecho que les reconoce el art. 3.1. LOLS[746].

---

[745] SALA FRANTO, T., y BLASCO PELLICER, A., "La nueva regulación del RETA", *AL*, núm. 8, 2004, pág. 913.

[746] En este sentido, CAVAS MARTÍNEZ, F. "El esperado desarrollo reglamentario de las mejoras producidas en la acción protectora de los trabajadores autónomos", cit., pág. 16.

No resulta razonable, una vez más, la diferente regulación aplicable, en materia de accidente de trabajo, a autónomos y asalariados. El trabajador por cuenta propia que desempeña un cargo electivo de carácter sindical, ha de poder hacer efectivo su derecho en igualdad de condiciones a los trabajadores asalariados, debiéndose considerar laborales los accidentes que el autónomo sufra con ocasión o como consecuencia del ejercicio de dicho cargo[747].

1.2. El concepto de accidente de trabajo aplicable al TRADE

Para el TRADE[748], el concepto de accidente de trabajo viene establecido en el art. 26.3, párrafo segundo, de la LETA. De acuerdo con esta disposición, tiene tal consideración "*toda lesión corporal del trabajador autónomo económicamente dependiente que sufra con ocasión o por consecuencia de la actividad profesional, considerándose también accidente de trabajo el que sufra el trabajador al ir o volver del lugar de la prestación de la actividad, o por causa o consecuencia de la misma*". La norma se cierra con la precisión de que "*salvo prueba en contrario, se presumirá que el accidente no tiene relación con el trabajo cuando haya ocurrido fuera del desarrollo de la actividad profesional de que se trate*".

Como ya se advirtió, se trata de un concepto inspirado en el que rige para el asalariado y, por tanto, más tuitivo que el aplicado al autónomo común. Las novedades se sitúan en el ámbito del nexo causal entre trabajo y lesión, que adquiere idéntica flexibilidad que en el Régimen General. De este modo, si conforme al art. 115.1 LGSS accidente de trabajo es el sufrido "*con ocasión o por consecuencia del trabajo*" ejecutado por cuenta ajena, de acuerdo con el art. 26.3 Ley 20/2007, lo es el que se produce "*con ocasión o por consecuencia de la actividad profesional*". No se exige, pues, a diferencia del autónomo común, una causalidad directa e inmediata entre lesión y trabajo, admitiéndose, junto a la causalidad directa, la indirecta u ocasional.

A resultas de lo anterior, el legislador ha extendido la consideración de accidente de trabajo:

---

[747] Véase, APILLUELO MARTÍN, M., *Los derechos sociales del trabajador autónomo: especialmente del pequeño y dependiente*, TOL870.310, WWW. tirantonline.com, 2006.

[748] Recuérdese que tienen la consideración de Trabajadores Autónomos Económicamente Dependientes "*aquellos que realizan una actividad económica o profesional a título lucrativo y de forma habitual, personal, directa y predominantemente para una persona física o jurídica, denominada cliente, del que dependen económicamente por percibir de él, al menos, el 75% de sus ingresos por rendimientos de trabajo y de actividades económicas o profesionales*" (art. 11.1 Ley LETA).

1º. Al "*que sufra el trabajador al ir o volver del lugar de la prestación de la actividad*". Se reconoce, de este modo, a los TRADE el accidente *in itinere*. En principio, ello permitiría aplicar a este colectivo los criterios jurisprudenciales existentes en la materia en el ámbito del trabajo por cuenta ajena; por ejemplo, el que establece que la consideración de accidente de trabajo *in itinere* se limita a los accidentes en sentido estricto, es decir, a las lesiones súbitas y violentas producidas por un agente externo y no a las dolencias o procesos morbosos de distinta etiología y manera de manifestación. Ello no obstante, posiblemente, dadas las especiales condiciones en que el TRADE desarrolla su actividad, será preciso revisar algunos de los elementos que integran la noción de accidente de trabajo *in itinere*[749].

2º. Y, al que se produzca "*por causa o consecuencia*" de dicha actividad. Así pues, *mutatis mutandis,* podría ser aplicado a los TRADE el art. 115.2.c) LGSS, conforme al cual tienen la consideración de accidentes de trabajo los "*ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa*".

Nada dice la norma respecto del "accidente en misión", es decir, aquél ocurrido durante un desplazamiento del trabajador para realizar una actividad encargada por la empresa[750]. La autonomía organizativa del autónomo –común o económicamente dependiente- sería, en principio, incompatible con el concepto de accidente en misión, salvo que se produjera una adaptación de dicho concepto a las características del trabajo por cuenta propia.

El flexible concepto de accidente de trabajo aplicable al TRADE se cierra con una doble presunción (art. 26. 3 de la LETA); la primera enunciada de forma expresa y en negativo, conforme a la cual, salvo prueba en contrario, "*se presumirá que el accidente no tiene relación con el trabajo cuando haya ocurrido fuera del desarrollo de la actividad profesional de que se trate*"; y la segunda, inferida de la anterior, y extraída de una interpretación a *sensu*

[749] Véase, GARCÍA JIMÉNEZ, M. y MOLINA NAVARRETE, C., *El estatuto profesional del trabajo autónomo: diferenciando lo verdadero de lo falso, cit.,* pág. 235.

[750] Téngase en cuenta que la prestación de servicios en misión convierte en tiempo y lugar de trabajo los períodos activos.

contrario de la misma, que se traduce en que el accidente se presumirá laboral cuando ocurra durante el desarrollo de la actividad profesional[751].

La formulación positiva es, precisamente, la elegida por la LGSS (art. 115.3), cuando señala que se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo "*las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo*". La ya expresada facultad de autoorganización del autónomo, que también rige respecto del TRADE –recuérdese que su dependencia ha de ser sólo "económica"-, y que le permite decidir con cierta flexibilidad sobre el tiempo y el lugar de trabajo, justifica que la presunción de laboralidad no se extienda a las lesiones que sufra el trabajador por cuenta propia "durante el tiempo y en el lugar de trabajo", sino "durante el desarrollo de la actividad profesional". Resultaría, de este modo, en principio, indiferente cuándo y dónde se actualiza el accidente, pues lo verdaderamente relevante es que el autónomo lo sufra durante el desarrollo de su actividad profesional por cuenta propia.

2. Requisitos del concepto de enfermedad profesional aplicable al autónomo

En nuestro ordenamiento jurídico, la enfermedad profesional no es cualquier enfermedad contraída en el trabajo sino la que, teniendo su causa en éste, se halla tipificada como tal en un listado oficial. El sistema "de lista" tiene su origen en el Derecho Internacional[752], habiendo sido también asumido por el Derecho de la Unión Europea[753].

De acuerdo con esta concepción de la enfermedad profesional, en el ámbito del trabajo autónomo ésta se define como "*la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta propia, en la actividad en virtud de la cual el trabajador esté incluido en el campo de aplicación del régimen especial, que esté provocada por la acción de los elementos y sustancias y en las actividades contenidos en la lista de enfermedades profesionales con las relaciones de las principales actividades capaces de producirlas*" (art. 3.5 RD 1273/2003, en relación con la Disp. Ad. 34.1, párrafo 2º LGSS), previstas a día de hoy en el

---

[751] En este sentido, GARCÍA JIMÉNEZ, M. y MOLINA NAVARRETE, C., *El estatuto hhprofesional del trabajo autónomo: diferenciando lo verdadero de lo falso, cit.,* pág. 234.

[752] Véanse los Convenios de la OIT, núms. 42 de 1934 y 121 de 1964.

[753] Así, la Recomendación 2003/670/CE, que sustituye a la 90/326/CEE, contiene una lista europea de enfermedades profesionales que los Estados miembros deberían incorporar en sus sistemas nacionales, así como una lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha.

RD 1299/2006, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales.

A diferencia del accidente de trabajo, que presenta un doble concepto en el RETA, uno restrictivo y alejado del aplicable en el Régimen General, y otro más flexible e inspirado en este último, la noción de enfermedad profesional establecida para los trabajadores por cuenta propia es igual, *mutatis mutandis*, que la ofrecida para los asalariados del Régimen General en el art. 116 LGSS.

La enfermedad profesional ha de observar tres requisitos: a) lesión o enfermedad; b) trabajo; y, c) relación de causalidad entre los dos elementos anteriores.

2.1. Lesión o enfermedad

Como ya se ha señalado, el concepto de accidente de trabajo aplicable al autónomo comprende tanto los accidentes en sentido estricto, es decir, las lesiones producidas por la acción súbita de un agente exterior, como las enfermedades de trabajo contraídas con motivo de la actividad realizada; también incluye las padecidas con anterioridad por el trabajador agravadas como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente, así como las complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente o que tengan su origen en afecciones adquiridas (art. 3.2 RD 1273/2003).

Sin embargo, la noción de enfermedad profesional sólo refiere a patologías directamente relacionadas con las condiciones ambientales en que se desenvuelve el trabajo realizado. Ha de tratarse de dolencias desarrolladas de forma lenta y progresiva, que admiten alguna previsibilidad de sus efectos y cierta acción preventiva[754].

La lesión o enfermedad sufrida por el trabajador autónomo debe haber sido provocada por la acción de alguno o algunos de los elementos, sustancias o agentes, contenidos en el Anexo del RD 1299/2006. Si dicha enfermedad ha sido ocasionada por otros elementos, sustancias o agentes no recogidos en dicha lista, la enfermedad será común o, en su caso, accidente de trabajo, si la misma se ha producido como consecuencia –directa e inmediata, en el caso

[754] GARCÍA MURCIA, J., "Accidente de trabajo y enfermedad profesional. El concepto de enfermedad profesional", en *Seguridad Social práctica* (Coord. BLASCO LAHOZ y LÓPEZ GANDÍA), TOL118.185, WWW.tirantonline.com, 2001, pág. 1.

del autónomo común, o con ocasión o consecuencia, en el supuesto del TRADE- del trabajo por cuenta propia realizado[755].

2.2. Trabajo por cuenta propia

Dispone el art. 3.5 RD 1273/2003 que enfermedad profesional es la "*contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta propia, en la actividad en virtud de la cual el trabajador esté incluido en el campo de aplicación del régimen especial*". Sin embargo, conviene recordar que, pese a que el alta en el RETA es única, y que la cobertura de las contingencias profesionales se practicará por aquella de sus actividades en las que proceda el tipo de cotización más alto, en la actualidad, el autónomo ha de declarar todas las actividades autónomas que, en su caso, realice (art. 46.3 del RD 84/1996, de 26 de enero).

En cualquier caso, con la aplicación de un mismo concepto de enfermedad profesional a autónomos o a asalariados, pierde sentido la distinción entre ambos tipos de trabajadores a tales efectos. Y, es que, para que una determinada patología alcance la consideración de enfermedad profesional es preciso:

1º. Que la enfermedad se haya contraído a consecuencia de la actividad profesional realizada, ya sea autónoma o asalariada.

2º. Que se trate de algunas de las actividades determinadas reglamentariamente, siendo indiferente el régimen jurídico en que la misma sea prestada. No en vano, la generalidad de las actividades puede ser desarrollada en régimen de autonomía o dependencia.

3º. Que la enfermedad esté provocada por la acción de determinados elementos y sustancias, previstos reglamentariamente.

El trabajo por cuenta propia se caracteriza por una alta profesionalización, por lo que resultará relativamente fácil hallar la conexión entre la enfermedad profesional y la actividad autónoma que la ha provocado. Pero, como el concepto de enfermedad profesional no es restrictivo, no es preciso que la enfermedad haya sido producida por la actividad autónoma que se estuviera desarrollando en el momento en que aquélla se actualiza, pudiendo haber sido ocasionada por otra actividad incluida en el ámbito

[755] BARRIOS BAUDOR, G.L., y APILLUELO MARÍN, M., *Introducción al Estatuto del Trabajo Autónomo, cit.*, pág. 182.

aplicativo de otro Régimen del sistema, desarrollada en otro momento, o viceversa. El sistema de lista permite al trabajador relacionar su enfermedad actual con el trabajo que pudo realizar muchos años antes. Habida cuenta que se conoce de antemano la naturaleza jurídica de la enfermedad profesional, una vez materializada mantiene esa naturaleza para todos los trabajadores, sean autónomos o no[756].

En la regulación de la enfermedad profesional se ha alcanzado, en buena medida, el objetivo de homogeneizar el contenido de la acción protectora en el nivel contributivo, expresado en la recomendación sexta del Pacto de Toledo. Cabe afirmar la existencia de una casi completa convergencia entre Regímenes en esta materia, aunque ensombrecida por dos aspectos: a) el carácter voluntario que alcanza esta protección para la mayoría de los autónomos (circunstancia agravada por la constatación de que sólo un porcentaje muy pequeño de los mismos opta por la cobertura de los riesgos profesionales); y, c) la escasa incidencia de las medidas preventivas en el ámbito del trabajo autónomo.

2.3. Relación de causalidad entre lesión o enfermedad y trabajo

Para que exista la enfermedad profesional ha de producirse una relación de causalidad entre el trabajo, el elemento que provoca la enfermedad y esta última mucho más rígida y estrecha que en el accidente de trabajo; las circunstancias, agentes o sustancias que se encuentran en el ambiente de trabajo han de causar claramente la enfermedad. Es decir, no se pueden producir con "ocasión" sino directamente "por consecuencia" del trabajo desarrollado.

Se entiende que se produce dicha relación de causalidad cuando dicho trabajo esté en la lista prevista en la Ley, y la enfermedad sea acreditada por la participación de unos agentes, sustancias o elementos también establecidos legalmente. Cuando se observan estos dos elementos se presume "iuris tantum" la existencia de la enfermedad profesional. La prueba del nexo causal entre la lesión y el trabajo no se exige en ningún caso para las enfermedades profesionales[757].

---

[756] APILLUELO MARTÍN, M., *Los derechos sociales del trabajador autónomo: especialmente del pequeño y dependiente*, cit., pág. 26.

[757] STS 14 febrero 2006 (RJ 2006/2092).

3. Régimen jurídico de la opción por la cobertura de las contingencias profesionales en el RETA, tras la entrada en vigor del RD 1382/2008, de 1 de agosto

3.1. Normas generales

Desde la entrada en vigor, el pasado 11 de septiembre de 2008, del RD 1382/2008, de 1 de agosto, que, entre otras normas, modifica el Reglamento General sobre Inscripción de empresas y Afiliación, Altas, Bajas y Variaciones de Datos de Trabajadores en la Seguridad Social, aprobado por el RD 84/1996, de 26 de enero, la cobertura de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, se desarrollará de acuerdo con las siguientes normas[758]:

1.- La protección tendrá carácter voluntario, salvo para los trabajadores autónomos económicamente dependientes y para los que estén obligados a materializar su cobertura por desempeñar una actividad profesional con elevado riesgo de siniestralidad.

Sólo se puede concertar la cobertura con una mutua, que ha de coincidir con la que se haya formalizado o se formalice la protección de la prestación económica por IT[759], a diferencia de como sucede en el Régimen General[760]. A tal efecto, las mutuas habrán de aceptar toda proposición de adhesión que les formulen los trabajadores autónomos, en los mismos términos y con igual alcance que las entidades gestoras de la Seguridad Social. De este modo, la falta de pago de cotizaciones no podrá dar lugar a la resolución del convenio de adhesión, sin perjuicio de lo establecido en la normativa del RETA respecto a

---

[758] Art 47. 4 RD 1382/2008.

[759] Excepcionalmente, si la afiliación y/o el alta en el RETA se practicara de oficio, también se formalizará de oficio la cobertura de la IT derivada de contingencias comunes y, en su caso, de las contingencias profesionales, con la correspondiente entidad gestora de la Seguridad Social, en el supuesto de que el autónomo afectado resultara obligado a su protección. Pero, la anterior cobertura tendrá carácter provisional, hasta que los trabajadores procedan a formalizarla con una mutua (Disp. Ad. 2ª RD 1382/2008, de 1 de agosto). De modo similar, los autónomos que hubieran quedado obligados a la protección de la prestación económica por IT y, en su caso, contingencias profesionales, desde el 1 de enero de 2008, y no las hubieran formalizado con una mutua, dicha cobertura será asumida por la correspondiente entidad gestora de la Seguridad social hasta el momento en que se produzca la elección obligatoria de mutua (Disp. Transitoria 3ª RD 1382/2008, de 1 de agosto).

[760] Véase, CABEZA PEREIRO, J., "La actuación de las mutuas en el ámbito del trabajador por cuenta propia", en AA.VV., *Perfiles de las Mutuas de Accidentes de Trabajo,* Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2005, págs. 159 y sgs.

las condiciones de acceso a las prestaciones[761]. La adhesión tendrá un plazo de vigencia de un año, debiendo coincidir su vencimiento con el último día del mes, y se entenderá prorrogada tácitamente por períodos anuales, salvo denuncia del trabajador autónomo[762].

2.- En los supuestos en que la protección por IT sea voluntaria y se opte por la misma, también se podrá optar por la de las contingencias profesionales, cuyos efectos coincidirán con los de la cobertura de dicha prestación. De no haberse ejercido simultáneamente ambas opciones, la protección de las contingencias profesionales se podrá solicitar antes del 1 de octubre de cada año, con efectos desde el día 1 de enero del año siguiente. La renuncia a la cobertura de la prestación por IT –en los casos en que dicha renuncia sea posible- supondrá en todo caso la renuncia a la de las contingencias profesionales; pero no sucede a la inversa, de manera que la renuncia a esta última no implica la renuncia la protección por IT, salvo que, siendo dicha renuncia conforme a Derecho, se solicite expresamente.

3.- La forma, plazos y efectos de la opción a favor de la cobertura por contingencias profesionales, y de su renuncia, son los que siguen[763]:

- La opción podrá realizarse en el momento de causar alta en el RETA, en cuyo caso sus efectos coincidirán con los del alta. De no ejercitarse la opción en tal momento, los autónomos podrán optar por acogerse a dicha protección mediante una solicitud por escrito que deberá formularse antes del 1 de octubre de cada año, con efectos desde el día 1 de enero del año siguiente. Los derechos y obligaciones derivados de la opción a favor de la cobertura de las contingencias profesionales serán exigibles durante el período de un año natural, que se prorrogará automáticamente por períodos de igual duración.

---

[761] Art. 74 Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el RD 1993/1995, de 7 de diciembre, en su nueva redacción dada por el RD 1382/2008, de 1 de agosto. Téngase en cuenta lo establecido en el art. 5 RD 1273/2003, de 10 de octubre, conforme al cual, "será requisito imprescindible para el reconocimiento y abono de las prestaciones que los interesados estén afiliados y en situación de alta o asimilado, así como que, con excepción del auxilio por defunción, se hallen al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social. De no ser así, se les cursará invitación en los términos y con los efectos previstos en el artículo 28 del Decreto 2530/1970, de 20 de agosto, por el que se regula el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos".

[762] Art. 85 Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el RD 1993/1995, de 7 de diciembre, en su nueva redacción dada por el RD 1382/2008, de 1 de agosto.

[763] Art 47. 4.2º RD 1382/2008.

- La renuncia a la cobertura por contingencias profesionales podrá realizarse, mediante solicitud por escrito, en los siguientes supuestos:

a) Con carácter general, antes del 1 de octubre de cada año, con efectos desde el día 1 de enero del año siguiente.

b) Cuando los trabajadores dejen de reunir los requisitos para ostentar la condición de económicamente dependientes o de desempeñar una actividad con alto riesgo de siniestralidad, permaneciendo en alta en este Régimen Especial, con efectos desde el primer día del mes siguiente a aquel en que se haya extinguido el respectivo contrato o en que haya finalizado la referida actividad, siempre que la variación de datos correspondiente se comunique dentro de plazo; en otro caso, la cobertura se mantendrá hasta el último día del mes en que produzca efectos la referida variación.

La renuncia no impedirá ejercer nuevamente la opción por la cobertura de contingencias profesionales, siempre que haya transcurrido, como mínimo, un año natural desde que tuvo efectos la renuncia anterior.

- En los supuestos de cambio de mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, los efectos de la opción por esta cobertura o de la renuncia a ella tendrán lugar desde el día primero del mes de enero del año siguiente al de la formulación de la correspondiente opción o al de presentación de la renuncia. Cuando en la fecha de efectos de la opción y de la renuncia, o del cambio de mutua, el trabajador se encontrase en situación de IT, tales efectos se demorarán al día primero del mes siguiente a aquel en que se produzca el alta médica.

- La cobertura de la prestación por contingencias profesionales pasará a ser obligatoria cuando los trabajadores pasen a ostentar la condición de económicamente dependientes o a desempeñar una actividad profesional con elevado riesgo de siniestralidad, con efectos desde el día primero del mes en que se reúna tal condición o se haya iniciado la referida actividad profesional.

4.- Cuando se trate de trabajadores que realicen varias actividades que den lugar a una única inclusión en el RETA, la cobertura de las contingencias profesionales se practicará por aquella de sus actividades a la que resulte aplicable el tipo de cotización más alto entre los recogidos en la tarifa de primas vigente.

3.2. Normas aplicables a los trabajadores incluidos en el Sistema Especial para Trabajadores por Cuenta Propia Agrarios

Como ya se ha adelantado, para los trabajadores incorporados al "Sistema Especial de Trabajadores Agrarios por Cuenta Propia", la IT seguirá constituyendo una mejora voluntaria[764]. Sin embargo, la cobertura de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales resultará obligatoria respecto a las contingencias de invalidez y muerte y supervivencia –para cuya cobertura deberán formalizar la protección con una mutua de su elección[765]-, sin perjuicio de la posibilidad de proteger voluntariamente la totalidad de dichas contingencias. Sólo los trabajadores del Sistema Especial que hayan optado por incluir la prestación económica por IT, podrán también optar por incorporar dentro del ámbito de su acción protectora la cobertura de la totalidad de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales[766].

Ahora bien, en el caso de que el trabajador comprendido en el Sistema Especial realizase otra actividad que diera lugar a su inclusión en el RETA y que determinara la protección obligatoria de las contingencias profesionales, estaría obligado a la cobertura de la prestación económica por IT así como de las referidas contingencias[767].

Todo ello supone, como ya se ha señalado, la perpetuación de las diferencias entre trabajadores autónomos por razón del sector en que realicen su actividad, lo que impide la plena equiparación entre los mismo en materia de acción protectora.

4. La cotización adicional por contingencias profesionales

Razonablemente, la mejora de la acción protectora por la inclusión de las contingencias profesionales, implica "*la obligación de efectuar las correspondientes cotizaciones*" (Disp. Ad. 34ª.1. LGSS). Dicha cotización se realiza aplicando los tipos de cotización de la tarifa de primas vigente[768],

---

[764] Véase, apartado 3, Disp. Ad. 3ª LETA, y 47.bis.4. RD 1382/2008, reformado por el RD 1382/2008, de 1 de agosto.

[765] Art. 85.2, párrafo 3º, Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el RD 1993/1995, de 7 de diciembre, en su nueva redacción dada por el RD 1382/2008, de 1 de agosto.

[766] Art. 47.bis.5, párrafo 2º, RD 1382/2008, reformado por el RD 1382/2008, de 1 de agosto.

[767] Art 47.bis.5, párrafo 3º Reglamento General sobre Inscripción RD 1382/2008, reformado por el RD 1382/2008, de 1 de agosto.

[768] Art. 45.4, párrafo primero, RD 2064/1995, de 22 de diciembre, según redacción dada por el RD 1382/2008, de 1 de agosto.

contenida en la Disp. Ad. 4ª de la Ley 42/2006, a la misma base por la que el trabajador por cuenta propia cotiza por contingencias comunes.

El autónomo que estuviese obligado o acogido voluntariamente a la protección por IT y frente a contingencias profesionales, si en aplicación de la Disp. Ad. 32 LGSS, quedara exento de cotizar por tener cumplidos 65 o más años de edad y acreditar 35 o más años de cotización efectiva a la Seguridad Social, ello no afectará la obligación de cotizar por IT y por las contingencias profesionales, que se mantendrá, según los casos, hasta la fecha de efectos de de la renuncia a dicha cobertura o de la baja en el RETA[769].

Los trabajadores incluidos en el Sistema Especial que no hubiesen optado por proteger la totalidad de las contingencias profesionales, efectuarán la cotización obligatoria respecto a las de invalidez y muerte y supervivencia aplicando a la base elegida el tipo de cotización fijado, para cada ejercicio económico, en la Ley de Presupuestos Generales del Estado[770]. Así, para el 2008, se aplica el tipo del 1%[771].

La cotización adicional supone un coste desproporcionado en relación con las contraprestaciones obtenidas por el autónomo en los supuesto de actualización de un riesgo profesional: la no exigencia de un período de cotización mínimo, la percepción de la prestación de IT desde el día siguiente al de la baja en una cuantía equivalente al 75% de la base reguladora o el eventual reconocimiento de la incapacidad permanente parcial; ello explica que, a día de hoy, sólo un 5% de los mismos opte por la cobertura de los riesgos profesionales[772].

5. Alcance de la acción protectora

Establece la Disp. 34ª.1 LGSS que los trabajadores autónomos del RETA tendrán derecho, tras el acaecimiento de los riesgos profesionales asegurados, a las prestaciones que, por las mismas "*se conceden a los*

---

[769] Art. 45.5 RD 2064/1995, de 22 de diciembre, según redacción dada por el RD 1382/2008, de 1 de agosto.

[770] Art. 45.4 RD 2064/1995, de 22 de diciembre, según redacción dada por el RD 1382/2008, de 1 de agosto.

[771] Véanse arts. 22 Cinco.4 Ley 51/2007, de 26 de diciembre, y 15.2 Orden TAS/76/2008, de 22 de enero.

[772] GARCÍA JIMÉNEZ, M. y MOLINA NAVARRETE, C., *El estatuto profesional del trabajo autónomo: diferenciando lo verdadero de lo falso,* cit., pág. 232.

trabajadores incluidos en el Régimen General, en las condiciones que reglamentariamente se establezcan".

En desarrollo de dicha previsión, el RD 1273/2003, de 10 de octubre, reconoce a dicho colectivo las siguientes prestaciones (art. 4): a) asistencia sanitaria; b) subsidio por incapacidad temporal; c) prestaciones por incapacidad permanente; d) prestaciones por muerte y supervivencia; e) indemnizaciones a tanto alzado por lesiones permanentes, derivadas de accidentes de trabajo o enfermedad profesional, que no causen incapacidad.

Resumidamente, las particularidades que, a día de hoy, mantiene el RETA en materia de prestaciones derivadas de riesgos profesionales son las siguientes:

1. Constituye requisito imprescindible para el reconocimiento y el pago de las prestaciones que los interesados estén afiliados y en situación de alta o asimilada, así como que, con la única excepción del auxilio por defunción, se hallen al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social. Se trata de exigencias rigurosas, habida cuenta que se imponen respecto de la protección por riesgos profesionales[773], aunque quedan parcialmente atemperadas merced a la aplicación del procedimiento de invitación al pago previsto en el art. 28 del Decreto 2530/1970, de 20 de agosto (art. 5 RD 1273/2003). En cualquier caso, la protección por contingencias profesionales no requiere de un período de cotización mínimo, lo que, sin duda, facilita la accesibilidad a las prestaciones[774].

2. No se aplica a estos trabajadores el recargo de las prestaciones económicas en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional por falta de medidas de preventivas, a que se refiere el art. 123 LGSS (art. 4.4 RD 1273/2003). Esta regulación ha sido objeto de crítica por la doctrina, que la ha considerado especialmente inadecuada en los supuestos de incumplimiento del deber empresarial previsto en el art. 24.5 ET, de información e instrucción a los trabajadores autónomos que desarrollen actividades en sus centros de trabajo[775]. Como compensación por el no reconocimiento al autónomo del

---

[773] En este sentido, LÓPEZ GANDÍA, J., "La nueva protección social de los trabajadores autónomos", cit., pág. 39.

[774] FERRANDO GARCÍA, F.Mª., LÓPEZ ANIORTE, M.C. y FERRANDO GARCÍA, F.M., *La Seguridad Social de los Trabajadores Autónomos: nuevo régimen jurídico,* cit., pág. 101.

[775] Véase, CAVAS MARTÍNEZ, F., "El esperado desarrollo reglamentario de las mejoras producidas en la acción protectora de los trabajadores autónomos", *cit.*, pág. 18.

derecho a exigir al empresario infractor el recargo de prestaciones, la LETA ha establecido en su favor una responsabilidad por incumplimiento de las actividades preventivas, condicionada a que se pruebe la relación de causalidad entre los incumplimientos empresariales y los daños y perjuicios ocasionados (arts. 8.3 a 8.5).

3. La base reguladora de la prestación por incapacidad temporal estará constituida por la base de cotización del trabajador correspondiente al mes anterior al de la baja médica dividida entre 30 (art. 6.2 RD 1273/2003); no existen divergencias en esta materia respecto de la IT derivada de contingencias comunes. Por el contrario, sí hay diferencias entre riesgos comunes y profesionales en cuanto a la forma de determinación de de la base reguladora de las prestaciones de incapacidad permanente y de muerte y supervivencia, siendo equivalente en el supuesto de contingencias profesionales a la base de cotización del trabajador en la fecha del hecho causante de la prestación (art. 7 RD 1273/2003).

IV. LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL DEL TRABAJADOR AUTÓNOMO

En nuestro sistema, la enfermedad profesional es asistida desde tres conjuntos normativos e institucionales complementarios: la normativa de la Seguridad Social, piedra angular del sistema, para la que aquélla es un riesgo profesional cubierto; la normativa sanitaria, que regula cuestiones atinentes a su diagnóstico y tratamiento[776]; y la normativa de prevención de riesgos laborales.

Para esta última, la enfermedad profesional es un daño derivado del trabajo (art. 4 LPRL) que, en cierto modo, representa el fracaso preventivo ante enfermedades y agentes que "han merecido una atenta mirada en la normativa sobre prevención de riesgos"[777].

Ciertamente, la normativa preventiva contiene diversas normas dirigidas a las enfermedades profesionales, algunas de las cuales poseen carácter estrictamente preventivo, estando otras encaminadas a paliar los efectos de la

[776] Téngase en cuenta que la salud laboral forma parte de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, integrada en la prestación de salud pública (Anexo I RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización).

[777] LANTARÓN BARQUÍN, D., "Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica", *Relaciones Laborales*, I, 2008, pág. 414.

enfermedad profesional. Finalidad preventiva tienen los reconocimientos médicos obligatorios, previos a la incorporación a las empresas, que el art. 196 LGSS impone a aquéllas que hayan de cubrir puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales. Si en el transcurso de los reconocimientos médicos se observa algún síntoma de enfermedad profesional, el trabajador afectado puede ser sometido a un período de observación, durante el cual se tratará de estudiar y obtener un diagnóstico definitivo de la enfermedad profesional (art. 133. 1 LGSS), y a tal efecto se podrá prescribir la baja en el trabajo durante tal período (art. 128.1.b. LGSS). Otras medidas que también pueden adoptarse ante un diagnóstico de enfermedad profesional es el traslado de puesto de trabajo a otro exento de riesgo o, incluso, la baja en la empresa (art. 133.2 LGSS).

Las medidas arriba expuestas están previstas para el Régimen General de la Seguridad Social, por lo que cabría plantearse su posible aplicación a los trabajadores encuadrados en el RETA. A tal efecto, es preciso recordar cuál es el tratamiento que la normativa preventiva dispensa a los autónomos.

La LPRL dispensa a los autónomos un trato marginal[778], estando tan sólo mencionados en algunos de sus preceptos, como el art. 3.1, en el que se prevé la eventual aplicación de los derechos y obligaciones derivados de la Ley a los mismos, y el art. 24.5, sobre coordinación de actividades empresariales. Por su parte, los reglamentos sobre seguridad y salud en el trabajo que se han ido dictando en desarrollo de Directivas comunitarias existentes en la materia no contemplan al trabajador por cuenta propia[779].

La regulación contenida en la LETA, ha supuesto un cierto giro en la cuestión[780], pues impone a las Administraciones Públicas competentes un papel activo en relación con la prevención de riesgos laborales de los trabajadores autónomos (art. 8.1); recomienda al autónomo su participación en programas de formación e información de prevención de riesgos laborales

---

[778] Cfr. SEMPERE NAVARRO, A., y CARDENAL CARRO, M., *Derecho a la Seguridad y Salud en el Trabajo*, Civitas, Madrid, 2001, pág. 68.

[779] Véanse, a título de ejemplo, el RD 374/2001, de 6 de abril, sobre riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo, o el RD 396/2006, de 31 de marzo, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición del amianto durante el trabajo. Ello no obstante, cabe observar en los últimos tiempos cierto interés del Derecho de la Unión Europea por la mejora de la protección de la seguridad y salud en el trabajo de los trabajadores autónomos; valga como ejemplo la Recomendación 2003/134/CEE, de 18 de febrero, relativa a la mejora de la protección de la salud y la seguridad en el trabajo de los trabajadores autónomos.

[780] Cfr. ALONSO-OLEA GARCÍA, B., "La prevención de riesgos laborales del trabajador autónomo", *Aranzadi Social*, núm. 16/2008, Westlaw.es, BIB 2008/2783, págs. 5 y sgs.

realizados por asociaciones de autónomos y sindicatos, y promovidos por las Administraciones públicas (Disp. Ad. 12ª); extiende el deber empresarial de vigilancia de la normativa preventiva respecto de contratas y subcontratas, del art. 24.3 LPRL, a los trabajadores autónomos (art. 8.4); y, entre otras medidas, establece responsabilidades por incumplimiento de las actividades preventivas (arts. 8.3 a 8.5), de suerte que en caso de incumplimiento por las empresas de sus obligaciones, éstas asumirán las obligaciones indemnizatorias de los daños y perjuicios ocasionados, siempre y cuando haya relación causal directa entre tales incumplimientos y los daños causados al autónomo, y todo ello con independencia de que éste se haya acogido o no a las prestaciones por contingencias profesionales[781].

Sin embargo, y dejando a salvo los avances producidos en las materias puntuales señaladas, el autónomo sigue estando excluido de buena parte de la normativa de prevención de riesgos laborales[782]. Especialmente llamativa resulta la no imposición al trabajador por cuenta propia del deber de vigilancia de la salud cuando aquél haya de desarrollar una actividad que implique riesgo de enfermedad profesional. El control inicial de la salud y las revisiones periódicas constituyen eficaces medidas en orden a la detección de las enfermedades profesionales y a la adopción de soluciones paliativas. La vigilancia por parte del autónomo de su propio estado de salud es algo que la Ley deja a la discrecionalidad de éste, dificultando la adopción de medidas preventivas en sectores de riesgo.

No nos parece suficiente, por el carácter facultativo de la medida, la tibia propuesta a los Estados miembros de la Unión Europea contenida en la Recomendación 2003/134/CEE, de 18 de febrero, sobre mejora de la protección de la salud y la seguridad en el trabajo de los trabajadores autónomos, conforme a la cual se recomienda permitir, de conformidad con las legislaciones o prácticas nacionales, a los trabajadores autónomos que así lo deseen tener acceso a una vigilancia de la salud que se corresponda con los riesgos a los que estén expuestos.

---

[781] Tal como advierte GONZÁLEZ DÍAZ, F.A., en AA.VV., *El Estatuto del Trabajo Autónomo. Análisis de la Ley 20/2007, de 11 de julio*, Ediciones Laborum, Murcia, 2007, págs. 114 y sgs., dado que el autónomo no puede exigir al empresario infractor el recargo de prestaciones previsto en el art. 123 LGSS, se establece en su favor una específica responsabilidad empresarial que se condiciona a que se pruebe la relación de causalidad entre los incumplimientos empresariales y los daños y perjuicios ocasionados.

[782] En este sentido, GUTIÉRREZ-SOLAR, B., LAHERA FORTEZA, J. y GARCÍA QUIÑONEZ, J.C., "Régimen profesional común del trabajador autónomo", *El Estatuto del Trabajo Autónomo,* La Ley, 2008, pág. 169.

V. CONCLUSIONES

1. En materia de contingencias profesionales, el RETA ofrece regulaciones diferenciadas para distintos colectivos. De un lado, el artículo 26.3 LETA impone a los TRADE la cobertura obligatoria de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, al tiempo que ofrece para los mismos un concepto específico de accidente de trabajo inspirado en el aplicable a los asalariados; por su parte, respecto del autónomo común u ordinario, excluido de la regla de la obligatoriedad, rige el más restrictivo concepto establecido en la Disp. Ad. 34 LGSS. De otro, para los trabajadores incorporados al "Sistema Especial de Trabajadores Agrarios por Cuenta Propia" siguen constituyendo mejoras voluntarias tanto la IT como la cobertura de los riesgos profesionales, con la excepción de las contingencias de invalidez y muerte y supervivencia, respecto de las cuales resulta obligatoria la cobertura por accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Una regulación tan fragmentada impide la plena equiparación en materia de prestaciones entre los trabajadores incluidos en el ámbito aplicativo del RETA, al perpetuar las diferencias entre aquéllos por razón del sector económico al que pertenecen, o de la catalogación de la actividad que realizan como autónoma común o económicamente dependiente. Todo ello dificulta la convergencia del RETA con el Régimen General, obstaculizando el cumplimiento de la recomendación sexta del Pacto de Toledo

Pese a todo, respecto de los trabajadores incorporados al "Sistema Especial de Trabajadores Agrarios por Cuenta Propia", cabe pensar que es el carácter benéfico y asistencial que continua presente, a día de hoy, en la actividad agraria, el que justifica una medida legislativa que, en definitiva, impide que un colectivo económicamente débil soporte mayores cargas sociales.

2. La noción de enfermedad profesional establecida para los trabajadores por cuenta propia es igual, *mutatis mutandis*, que la ofrecida para los asalariados del Régimen General. Con la aplicación de un mismo concepto de enfermedad profesional a autónomos y a asalariados, pierde sentido la distinción entre ambos tipos de trabajadores a tales efectos. Para que exista enfermedad profesional es preciso que la enfermedad se haya contraído a consecuencia de la actividad profesional realizada, siempre que se trate de

alguna de las actividades determinadas reglamentariamente, siendo indiferente el régimen jurídico en que la misma se preste; no en vano,la generalidad de las actividades puede ser desarrollada, indistintamente, en régimen de autonomía o dependencia.

El trabajo por cuenta propia se caracteriza por una alta profesionalización, por lo que resultará relativamente fácil hallar la conexión entre la enfermedad profesional y la actividad autónoma que la ha provocado. No es preciso que la enfermedad haya sido producida por la actividad autónoma que se estuviera desarrollando en el momento en que aquélla se actualiza, pudiendo haber sido ocasionada por otra actividad incluida en el ámbito aplicativo de otro Régimen del sistema, desarrollada en otro momento, o viceversa. El sistema de lista permite al trabajador relacionar su enfermedad actual con el trabajo que pudo realizar años antes.

3. Si bien la vigente regulación de la enfermedad profesional representa un importante paso en el camino hacia la convergencia entre Regímenes, no existe todavía una completa equiparación entre el RETA y el Régimen General en la materia, por dos razones fundamentales: 1) el carácter voluntario que alcanza esta protección para la mayoría de los autónomos, circunstancia que se ve agravada por la constatación de que sólo un porcentaje muy pequeño de los mismos opta por la cobertura de los riesgos profesionales; y, 2) la escasa incidencia de las medidas dirigidas a prevenir la aparición de las enfermedades profesionales tienen en el ámbito del trabajo por cuenta propia.

4. En la actualidad sólo un 5% de los autónomos opta por la cobertura de los riesgos profesionales. Seguramente, la apreciación por parte de este colectivo de que la cotización adicional por contingencias profesionales supone un coste desproporcionado en relación con las contraprestaciones obtenidas, explica tan bajo índice de aseguramiento. Cabe recordar que entre las mejoras que dicha cobertura conlleva, para el supuesto de actualización del riesgo profesional, se encuentran la no exigencia de un período mínimo de carencia, la percepción de la prestación de IT desde el día siguiente al de la baja en una cuantía equivalente al 75% de la base reguladora, el eventual reconocimiento de la incapacidad permanente en el grado de parcial o la previsión de una base reguladora más elevada para las situaciones de incapacidad permanente y muerte y supervivencia.

5. La normativa de prevención de riesgos laborales no contempla medidas eficaces dirigidas a prevenir la aparición de las enfermedades profesionales en el ámbito del trabajo por cuenta propia. Especialmente

llamativa resulta la no imposición al trabajador autónomo del deber de vigilancia de la salud cuando aquél haya de desarrollar una actividad que implique riesgo de enfermedad profesional. El control inicial de la salud y las revisiones periódicas constituyen medidas efectivas en orden a la detección de las enfermedades profesionales y a la adopción de soluciones paliativas. La vigilancia por parte del autónomo de su propio estado de salud es algo que la Ley deja a la discrecionalidad de éste, dificultando la adopción de medidas preventivas en sectores de riesgo.

CAPÍTULO IX

LA PROTECCIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA

Alejandra Selma Penalva

Prof. Ayudante Doctor de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social

Universidad de Murcia

SUMARIO: I. CONSIDERACIONES INICIALES. II. DESTINATARIOS DE LAS MEJORAS VOLUNTARIAS DE LAS PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL ANTE SITUACIONES DE ENFERMEDAD PROFESIONAL. III. LA OBLIGACIÓN DE EXTERNALIZACIÓN. IV. LA VOLUNTARIEDAD DE LAS MEDIDAS DE ACCIÓN SOCIAL. V. DISTINTOS OBJETIVOS DE LAS PRESTACIONES SOCIALES COMPLEMENTARIAS: LA JUBILACIÓN Y LA CONCILIACIÓN COMO FINES PRINCIPALES; SUBSIDIARIEDAD DE LA PROTECCIÓN DE LOS RIESGOS PROFESIONALES. VI. EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA: CLASIFICACIÓN: 1. Situación contemplada. 2. Naturaleza de las contingencias. 3. Forma de cobertura. 4. Forma de financiación. 5. Prestación económica o servicios. 6. Sujetos protegidos. VII. REGLAS DE INTERPRETACIÓN DE LOS PACTOS CONVENCIONALES: AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD Y SITUACIONES CONTROVERTIDAS. VIII. OTRAS MEDIDAS DE COMPLEMENTO A LAS MEJORAS SOCIALES DE NATURALEZA NO ECONÓMICA: 1. Elección del periodo vacacional. 2. Compromiso de adaptación del puesto de trabajo 3. Permisos retribuidos. IX. CONCLUSIONES

I. CONSIDERACIONES INICIALES

Un apartado habitual y tradicional en los capítulos que los convenios colectivos dedican a los beneficios sociales es el relativo a las llamadas mejoras voluntarias o prestaciones complementarias de la Seguridad Social. Se trata, como es sabido de obligaciones derivadas bien exclusivamente de la autonomía de la voluntad empresarial o bien, muy especialmente de la negociación colectiva, que tienen por objeto complementar o suplementar la

protección que ofrecen los regímenes públicos de Seguridad Social. En realidad se trata éste de uno de los capítulos más importantes de los convenios colectivos, de contenido enormemente variado, en el que se recogen diferentes mejoras y beneficios de carácter social caracterizadas por dos rasgos principales: a) no las recibe el trabajador en atención al concreto trabajo realizado, sino atendiendo simplemente a la existencia de una relación laboral ; por tanto, no son salario; b) su disfrute, o al menos la posibilidad de su disfrute, constituye un derecho indivisible de todos los trabajadores; es decir contemplan de modo general para todos los trabajadores de la empresa (o al menos para todos los trabajadores de la empresa en los que concurran determinadas circunstancias), y no para trabajadores concretos. Se trata, pues, de derechos colectivos, no individuales. Y dentro de estas variadas técnicas de protección social complementaria, por su importancia y frecuencia, representan un papel muy importante el elenco de medidas destinadas a mejorar la protección que recibe por parte de la Seguridad Social un trabajador que sufre una enfermedad profesional.

Este tipo de medidas de acción social forman parte del amplio concepto de <<protección social complementaria>> (art. 41CE y art. 39 LGSS), pues al tratarse de medidas destinadas a mejorar las prestaciones ofrecidas dentro del sistema de Seguridad Social (tanto en su modalidad contributiva como en la no contributiva), se les aplica el calificativo de “complementarias”.

En abstracto, el término <<protección social complementaria>> se utiliza para hacer referencia a un conjunto muy amplio y variado de medidas que pretenden mejorar el nivel de cobertura que por el momento ofrece nuestro sistema de Seguridad social, bien elevando la cantidad económica de estas prestaciones, bien ofreciendo una cobertura específica ante determinadas contingencias que por el momento no reciben cobertura en nuestro sistema (prestaciones a favor de determinados familiares, percepciones por matrimonio, cumpleaños, escolarización y formación, ayudas a vivienda, créditos a interés inferior al de mercado, etc.).

Resulta esencial tener en cuenta que, cuando se hace referencia a las mejoras voluntarias de las prestaciones de Seguridad Social se está haciendo referencia normalmente a aquellas mejoras reconocidas expresamente en el texto del convenio colectivo aplicable, pero también es posible que la mejora voluntaria de las prestaciones de la Seguridad Social derive del reconocimiento individual del empresario con vocación de generalidad y permanencia; e incluso, de forma excepcional. Excepcionalmente, puede ocurrir que este tipo

de complementos se pacte individualmente en el texto del contrato de trabajo, a favor de trabajadores concretos, aunque esta será sin duda la situación menos frecuente.

Desarrollando sus características, es importante especificar la naturaleza jurídica que se le debe atribuir a este tipo de conceptos económicos: no constituyen complementos retributivos, sino medidas de atención social privada dispensadas en el ámbito empresarial, por ese motivo no son percepciones económicas que integren ni la base de cotización, ni que se tengan en cuenta a la hora de calcular la base reguladora de las posibles prestaciones a las que el trabajador pueda tener acceso (arts. 26.2 ET y 109.2.f LGSS).

Al mismo tiempo, es imprescindible resaltar que la concesión de un tipo de protección adicional ante las enfermedades profesionales ni en general, cualquier otra forma de mejora, no obedece tan sólo a la intencionalidad de la empresa. La asunción de compromisos se encuentra estricta e inseparablemente vinculada a la disponibilidad económica de cada sector o empresa.

Para poder realizar una enumeración aproximada de las distintas medidas de acción social que puede reconocer la empresa, resulta muy útil recurrir a la lista ejemplificativa que aparece en el art. 42.2 de la Ley 35/2006, reguladora del Impuesto de la Renta de las Personas Físicas. Y es que la mayor parte de los supuestos contemplados en ese apartado, constituyen ejemplos de protección complementaria a cargo de la empresa.

Así, tal precepto, al regular <<las prestaciones salariales en especie>> establece que "*no tendrán la consideración de rendimientos del trabajo en especie:*

a) La entrega a los trabajadores en activo, de forma gratuita o por precio inferior al normal de mercado, de acciones o participaciones de la propia empresa o de otras empresas del grupo de sociedades, en la parte que no exceda, para el conjunto de las entregadas a cada trabajador, de 12.000 euros anuales, en las condiciones que reglamentariamente se establezcan.

b) Las cantidades destinadas a la actualización, capacitación o reciclaje del personal empleado, cuando vengan exigidos por el desarrollo de sus actividades o las características de los puestos de trabajo.

c) Las entregas a empleados de productos a precios rebajados que se realicen en cantinas o comedores de empresa o economatos de carácter social. Tendrán la consideración de entrega de productos a precios rebajados que se realicen en comedores de empresa las fórmulas indirectas de prestación del

servicio cuya cuantía no supere la cantidad que reglamentariamente se determine.

d) La utilización de los bienes destinados a los servicios sociales y culturales del personal empleado. Tendrán esta consideración, entre otros, los espacios y locales, debidamente homologados por la Administración pública competente, destinados por las empresas o empleadores a prestar el servicio de primer ciclo de educación infantil a los hijos de sus trabajadores, así como la contratación, directa o indirectamente, de este servicio con terceros debidamente autorizados, en los términos que reglamentariamente se establezcan.

e) Las primas o cuotas satisfechas por la empresa en virtud de contrato de seguro de accidente laboral o de responsabilidad civil del trabajador.

f) Las primas o cuotas satisfechas a entidades aseguradoras para la cobertura de enfermedad, cuando se cumplan los siguientes requisitos y límites:

1º Que la cobertura de enfermedad alcance al propio trabajador, pudiendo también alcanzar a su cónyuge y descendientes.

2º Que las primas o cuotas satisfechas no excedan de 500 euros anuales por cada una de las personas señaladas en el párrafo anterior. El exceso sobre dicha cuantía constituirá retribución en especie.

g) La prestación del servicio de educación preescolar, infantil, primaria, secundaria obligatoria, bachillerato y formación profesional por centros educativos autorizados, a los hijos de sus empleados, con carácter gratuito o por precio inferior al normal de mercado".

Como el propio precepto indica, no constituyen supuestos de "retribución salarial en especie", ni en definitiva, no pueden calificarse como forma alguna de "retribución", pues los complementos a las prestaciones de la Seguridad Social, según dispone el legislador, no tienen la condición de salario (art. 26.3 ET y art. 109 LGSS). Teniendo esto en cuenta, y con el fin de clarificar el régimen jurídico que afecta a las mejoras voluntarias de las enfermedades profesionales, conviene resaltar ciertas nociones básicas.

· Debe destacarse que el hecho de que convencionalmente se reconozca una mejora voluntaria de la protección que dispensa nuestro sistema de Seguridad Social a las enfermedades profesionales nunca restringe ni limita de ninguna forma que desplieguen todos sus efectos las obligaciones que impone al empresario la LPRL ni mucho menos, impide que entre en juego el recargo de prestaciones económicas en caso de enfermedad profesional o accedente de trabajo (art. 123 LGSS). Pero lo que no se puede negar, al

menos, es que el simple hecho de contemplar una mejora voluntaria a cargo de la empresa de las prestaciones a las que tenga derecho un trabajador que sufra una enfermedad profesional, revela la intención empresarial de respetar estrictamente las obligaciones de prevención que le impone la Ley; y es que es previsible que pretenda evitar en lo posible tener que hacer frente a las obligaciones añadidas que asumirá en los casos en que la enfermedad profesional acaezca en forma de <mejoras voluntarias>>.

Y es que es esencial tener en cuenta que, tanto si se trata de una mejora voluntaria como de un recargo de prestaciones la empresa va a tener que hacer frente, a su exclusivo cargo, a un complemento a favor del trabajador que sufre una enfermedad profesional o sus causahabientes de la prestación de Seguridad Social que le corresponda. Ahora bien, la razón de ser de uno y otro tipo de complemento es radicalmente distinta. Así, existe una clara voluntariedad en los casos en los que la empresa se compromete, con el fin de elevar la calidad de vida de sus trabajadores, a mejorar las prestaciones que el sujeto percibe por parte de la Seguridad Social en caso de enfermedad profesiones. Por el contrario, en los supuestos en los que procede el recargo de prestaciones, el recargo de prestaciones vendrá impuesto necesariamente por la norma y fundado exclusivamente en el incumplimiento de las obligaciones empresariales.

· Siguiendo este razonamiento, el hecho de que a través de la negociación colectiva se hayan establecido compromisos de complemento de las prestaciones de la Seguridad Social ni condiciona o limita en absoluto el derecho a percibir los correspondientes pluses salariales por peligrosidad, toxicidad o penosidad.

· A su vez, es imprescindible tener en cuenta que los compromisos asumidos en materia de mejoras complementarias de la Seguridad Social necesariamente deben mantenerse en los casos en los que se produzca un fenómeno de sucesión de empresa. Y es que al respecto el art. 44 ET no deja ninguna duda: "*el cambio de titularidad de una empresa, de un centro de trabajo o de una unidad productiva autónoma no extinguirá por sí mismo la relación laboral, quedando el nuevo empresario subrogado en los derechos y obligaciones laborales y de Seguridad Social del anterior, incluyendo los compromisos por pensiones, en los términos establecidos en su normativa*

específica, y en general cuantas obligaciones en materia de Seguridad Social complementaria hubiese adquirido el cedente"[783].

II. DESTINATARIOS DE LAS MEJORAS VOLUNTARIAS DE LAS PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL ANTE SITUACIONES DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

En realidad, desde un punto de vista exclusivamente teórico, cualquier tipo de colaboración humana con finalidad productiva puede dar lugar a un accidente de trabajo o desencadenar una enfermedad relacionada con la actividad profesional que se ha llevado a cabo, tanto si se ha desarollado en virtud de un contrato de trabajo como de un vínculo civil o mercantil, tenga éste causa cambiaria, o incluso asociativa, aunque no todas estas contingencias quedarán cubiertas por nuestro sistema de Seguridad Social. Pues, no toda colaboración humana en el caso de acaecer una contingencia relacionada con el trabajo realizado recibirá cobertura por parte del Sistema de Seguridad Social, unas veces por no ajustarse estrictamente al concepto de enfermedad profesional o accidente de trabajo previsto en nuestra legislación (arts. 115 y 116 LGSS) para los trabajadores por cuenta ajena, y otras, por no tratarse de un colectivo protegido ante estas situaciones (DA 34ª LGSS y art. 26.3 Ley 20/2007). Y es que, tal y como indican los preceptos citados, este tipo de protección, que es consustancial al régimen jurídico de los trabajadores por cuenta ajena, es sólo opcional para gran parte de los trabajadores por cuenta propia. Teniendo esto en cuenta, las mejoras convencionales de las enfermedades profesionales se limitan a completar o incrementar el importe de las prestaciones que ante tales contingencias, por el momento ofrece la Seguridad Social, pero no se destinan a dar cobertura a supuestos que no se puedan considerar incluidos en el estricto término jurídico de "enfermedad profesional". Por tanto, muchos supuestos de "enfermedad" al no quedar incluidos en el listado de "enfermedades profesionales" ni recibirían la protección que la Seguridad Social les dispensa (salvo que pudiesen calificarse de "accidentes de trabajo"), ni por tanto, generarían el derecho del trabajador a percibir la concreta mejora que en su caso haya podido asumir la empresa.

Hay que incidir en el hecho de que las mejoras voluntarias de las prestaciones de Seguridad Social únicamente están destinadas para los

[783] Sobre esta cuestión, en muy significativa la STSJ de Cantabria (Sala de lo Social) de 15 de mayo de 2006 (AS 2006/1711). Por tanto, si en un convenio de empresa se establecía la obligación de

trabajadores por cuenta ajena. Sobre este aspecto el art. 82.3 ET no deja ninguna duda: "Los convenios colectivos regulados por esta Ley obligan a todos los empresarios y trabajadores incluidos dentro de su ámbito de aplicación y durante todo el tiempo de su vigencia", pero no a otros sujetos. Por tanto, las mejoras prestaciones de Seguridad Social de los trabajadores autónomos quedan limitadas al ámbito de los seguros privados y particulares o al ahorro propio, tajnto si lo que se pretende es mejorarla cobertura que ofrece el RETA en caso de contingencias profesionales, como si se persigue cualquier otra finalidad (por ejemplo, mejorar las prestaciones de jubilación, formación, cargas familiares, etc.). Pese a todo hoy en día, tras la entrada en vigor de la Ley 20/2007 que regula el Estatuto Jurídico del Trabajo Autónomo, no se puede olvidar destacar que jurídicamente nada impide que cierta empresa, al suscribir un Acuerdo de Interés Profesional (art. 13 Ley 20/2007) asuma expresamente compromisos adicionales en este sentido a favor de los sujetos con los que ha concertado un contrato civil (tanto si se trata de un arrendamiento de obra, como de un arrendamiento civil de servicios) en unas condiciones que hagan surgir la dependencia económica, aunque por el momento esta posibilidad no se ha concretado de ninguna forma en la práctica.

Teniendo esto en cuenta, muchas veces, la correcta interpretación de los compromisos empresariales en materia de protección social complementaria debe solventarse resolviendo en primer lugar el problema de la delimitación de fronteras. Por tanto, la similitud práctica entre lo que constituye una verdadera relación laboral, y ciertas colaboraciones productivas de naturaleza civil o mercantil que, de alguna manera pueden resultar afines al contrato de trabajo obliga a partir de una escrupulosa y precisa labor de clarificación de la naturaleza jurídica del contrato que vincula a las partes, que le corresponde a jueces y tribunales para poder aplicar correctamente los compromisos empresariales en materia de mejoras sociales, situación por la que es frecuente recurrir a los tribunales[784]. Y es que el hecho de hacer pasar desapercibida una relación laboral encubriéndola bajo una cobertura jurídica que no le pertenece desencadena consecuencias de muy diversa índole, entre las que como no, se

complementar hasta el 100% de la retribución del trabajador las prestaciones de la Seguridad Social en caso de IT, la empresa absorbente debe mantener exactamente la misma obligación.

[784] Sirva como ejemplo, la STSJ de Asturias (Sala de lo Social) de 19 de abril de 2002 (AS 2002/1647) en la que la consideración de la naturaleza jurídica de la relación que mantenía un transportista con vehículo propio para la empresa para la que habitualmente prestaba los servicios de trasporte tiene como principal finalidad determinar si este sujeto tienen derecho o no a obtener las mejoras complementarias asumidas en el convenio colectivo aplicable en caso de enfermedad profesional.

encuentra la injustificada exclusión del falso autónomo del ámbito subjetivo de efectividad de las mejoras complementarias asumidas convencionalmente.

III. OBLIGACIÓN DE EXTERNALIZACIÓN

La obligación de externalización la impone la disposición adicional primera del RD legislativo 1/2002 que aprueba el texto refundido de la Ley de regulación de los Planes y Fondos de Pensiones[785]. Con esta medida el legislador da cumplimiento al mandato impuesto por el art. 8 de la Directiva del Consejo de Europa 80/987/CEE, que establecía que "Los Estados miembros se asegurarán de que se adopten las medidas necesarias para proteger los intereses de los trabajadores asalariados y de las personas que ya han dejado la empresa o el centro de actividad del empresario, en la fecha en que se produce la insolvencia de éste, en lo que se refiere a sus derechos adquiridos , o a sus derechos en curso de adquisición, a prestaciones de vejez , incluidas las prestaciones a favor de los supervivientes, en virtud de regímenes complementarios de previsión profesionales o interprofesionales que existan independientemente de los regímenes legales nacionales de Seguridad Social".

Gracias a la obligación de externalización se consigue un triple objetivo:

1º) Por una parte, y este es el objetivo principal al que estaba orientada la directiva comunitaria, garantizar la efectividad de los compromisos por pensiones aún en caso de insolvencia empresarial.

2º) Por otra, se logra que cada trabajador, individualmente considerado mantenga a su nombre los contratos de seguro concertados a su favor y los planes y fondos de pensiones creados con la finalidad de ofrecerle una cobertura adicional ante diversas contingencias, independientemente de las vicisitudes que atraviese su vida profesional. De tal forma, el trabajador mantiene a su nombre el contrato de seguros o el plan de pensiones iniciado

785 Hoy en día, en cumplimiento de este mandato, la disposición adicional primera del RD Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, que aprueba el texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, intentando garantizar la "protección de los compromisos por pensiones con los trabajadores" establece que:

"Los compromisos por pensiones asumidos por las empresas, incluyendo las prestaciones causadas, deberán instrumentarse, desde el momento en que se inicie el devengo de su coste, mediante contratos de seguro, a través de la formalización de un plan de pensiones o de ambos. Una vez instrumentados, la obligación y responsabilidad de las empresas por los referidos compromisos por pensiones se circunscribirán exclusivamente a las asumidas en dichos contratos de seguro y planes de pensiones (…)".

mientras era trabajador de determinada empresa, aunque con el tiempo se extinga su relación laboral con la empresa que lo había originado.

3º) Al mismo tiempo, las cantidades aportadas al plan de pensiones se conservan individualizadas, de forma que, si en el futuro, la negociación colectiva hace desaparecer el compromiso por pensiones asumido por la empresa, al estar externalizado, se consigue mantener los derechos de los trabajadores a cuyo nombre se había suscrito, por las cantidades hasta ese momento aportadas.

Ahora bien, y esto es lo verdaderamente importante, hay que tener en cuenta que no todas las mejoras voluntarias de las prestaciones de Seguridad Social asumidas por las empresas quedan sometidas a la obligación de externalización. Y es que la disposición adicional primera del citado texto normativo remite al art. 8.6 de su propio articulado para determinar los compromisos concretos que quedan afectados por el deber de externalización. Interpretando sistemáticamente ambos preceptos, se puede concluir que únicamente ciertos compromisos por pensiones, de tracto sucesivo en el tiempo y con vocación de permanencia deben externalizarse: tan sólo los complementos a la pensión de jubilación, a la prestación por incapacidad permanente total para la profesión habitual, absoluta para todo tipo de trabajo, o gran invalidez, y los complementos a las pensiones de orfandad o viudedad generados por el trabajador causante.

El resto de medidas de acción social complementaria (como son las destinadas a facilitar la conciliación de intereses profesionales y laborales, o la mejora de las situaciones de IT derivada tanto de contingencias profesionales como de contingencias comunes) quedan exentas de la obligación de externalización, por lo que las empresas no estarán obligadas a recurrir a contratos de seguro o a la creación de planes y fondos de pensiones que garanticen su devengo a favor del beneficiario aún en caso de insolvencia empresarial. Teniendo en cuenta el alcance de esta obligación legal resulta obvio que la cobertura de las enfermedades profesionales no siempre está sometida a la obligación de externalización, sino que tal deber dependerá exclusivamente de las consecuencias o repercusiones que dicha enfermedad profesional genere en la persona del trabajador (Incapacidad Permanente, Incapacidad Temporal, muerte, etc.).

Completando esta obligación legal, el art. 8.15 LISOS tipifica como infracción muy grave en materia de relaciones laborales “el incumplimiento por

la empresa de la obligación de instrumentalizar los compromisos por pensiones con el personal de la empresa en los términos establecidos en la normativa reguladora de los planes y fondos de pensiones". La gravedad de esta conducta empresarial se manifiesta claramente al ponerla en relación con las elevadas sanciones que el propio legislador ha previsto para ella pues, tal y como indica el art. 40.1.c) del mismo texto legal, dichas infracciones serán sancionadas "con multa, en su grado mínimo, de 6.251 a 25.000 euros; en su grado medio de 25.001 a 100.005 euros; y en su grado máximo de 100.006 a 187.515 euros".

IV. LA VOLUNTARIEDAD DE LAS MEDIDAS DE ACCIÓN SOCIAL

Hay que tener en cuenta que, tal "complementariedad" no puede considerase nunca como sinónimo de "voluntariedad"; pues en realidad, la voluntariedad desaparece desde el momento en el que la mejora se incorpora al texto de un convenio colectivo. Entonces, la protección complementaria se habrá de prestar ya de forma imperativa. Y es que al incluirse este tipo de mejoras entre las distintas cláusulas convencionales, no puede querer verse en ellas una especie de reconocimiento tácito por parte del empresario de determinadas medidas arbitrarias y altruistas de devengo discrecional.

Desde otro punto de vista hay que tener presente el papel que representa la condición más beneficiosa, a la hora de apreciar que situación es la que verdaderamente se ha materializado dentro de esta doble alternativo: si efectivamente se han concedido a favor de los trabajadores de una empresa verdaderas medidas de acción social con la finalidad de complementar las prestaciones de la Seguridad Social o si, por el contrario, simplemente se han estado percibiendo de forma excepcional ciertos beneficios puntuales, de carácter graciable y sin suficiente trascendencia como para considerarlos generadores de derechos. Pues para que una concesión adquiera el carácter de condición más beneficiosa deben concurrir circunstancias suficientes que demuestren que existe una voluntad inequívoca de concesión por parte del empresario. Es decir, dicha mejora debe haberse prestado de forma generalizada y reiterada en el tiempo, y en definitiva, bajo unos presupuestos que demuestren la voluntad tajante e inequívoca del empresario de consagrar su devengo. Sólo entonces podrá apreciarse que tal beneficio se ha adquirido y disfrutado por decisión unilateral del empresario pero con un propósito de incorporación al nexo contractual y por lo tanto, ha producido el efecto de consolidar unos beneficios que pueden ser reclamados, al haberse mejorado así lo dispuesto no sólo en la legislación vigente sino también en el convenio

colectivo aplicable. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no basta la mera reiteración en el tiempo para estimar que se ha concedido una mejora voluntaria por la vía de la condición más beneficiosa, sino que es preciso que dicha reiteración venga acompañada de otras características que demuestren que existe una voluntad empresarial de intangibilidad de las citadas reformas[786].

V. DISTINTOS OBJETIVOS DE LAS PRESTACIONES SOCIALES COMPLEMENTARIAS: LA JUBILACIÓN Y LA CONCILIACIÓN COMO FINES PRINCIPALES; SUBSIDIARIEDAD DE LA PROTECCIÓN DE LOS RIESGOS PROFESIONALES.

No se puede negar que uno de los factores que más intensamente contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas radica en el nivel de protección que se recibe ante contingencias que impiden el desarrollo normal de la actividad laboral. Ahora bien, tampoco se puede olvidar que toda mejora complementaria de las prestaciones de la Seguridad Social implica una carga económica para la empresa que asume el citado compromiso, sacrificio que resulta especialmente gravoso en los casos en los que la obligación asumida queda sometida al deber de externalización al que se ha hecho referencia. Es decir, establecer cualquier tipo de mejora voluntaria, independientemente de cuál sea su naturaleza o finalidad no sólo depende de las buenas intenciones que al respecto manifieste tener la empresa, sino que esta asunción de compromisos se encuentra estricta e inseparablemente vinculada a la disponibilidad económica de cada sector o empresa. Es fácil propugnar un catálogo óptimo de medidas que, en abstracto sean capaces de elevar la calidad de vida del trabajador, pero cualquier *desideratum* que desde el punto de vista teórico pueda plantearse sobre estos temas se encuentra condicionado por la disponibilidad económica del ámbito en el que deban desenvolverse, de tal forma que la negociación colectiva se encuentra fuertemente limitada y condicionada por ese motivo.

Por mucho que una idílica cobertura de los riesgos profesionales a través de las mejoras sociales garantice, por una parte, una mejora sustancial de la calidad de vida de los trabajadores cuando sufren una contingencia de ésta índole, y por otra, demuestra tácitamente la voluntad de la empresa de

[786] En este sentido, véase la argumentación jurídica de la STSJ del País Vasco (Sala de lo Social) de 12 de septiembre de 2007 (JUR 2007/95792). Se trata en este caso de determinar si la mejora que la empresa viene reconociendo a los trabajadores que se encuentran en situación de IT tiene

poner a disposición del trabajador todos los medios oportunos para evitar la referida contingencia (y así evitar tener que hacer frente el compromiso de mejora de las correspondiente prestación asumido convencionalmente), se trata de una medida cuyo establecimiento queda al margen de las buenas intenciones y se coloca dentro del ámbito de la disponibilidad económica de cada sector o empresa.

Y es el factor económico el que posiblemente determine que en la práctica las mejoras complementarias de las contingencias profesionales pasen a un segundo plano y sea más frecuente que las empresas se decanten por establecer medidas de acción social de otra índole. Teniendo en cuenta que se cuenta con recursos escasos, resulta lógico entender que muchos sectores o empresas se decantan por potenciar aquellas medidas que, sin implicar un coste excesivo a la empresa, pretenden alcanzar otros objetivos distintos a la cobertura adicional de las enfermedades profesionales, pero con las que también se pretende mejorar la calidad de vida del trabajador. En particular, son especialmente frecuentes las mejoras complementarias destinadas a facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral y las que se ofrecen en caso de jubilación del trabajador (entre las que ocupan un lugar destacado aquellas que tratan de primar la jubilación anticipada). Al analizar los convenios colectivos vigentes en España, tanto de ámbito nacional como autonómico, encontramos que, con elevada frecuencia se incorporan reconocimientos de esta índole en su articulado. En cambio, la previsión de mejoras ante las enfermedades profesionales es en comparación, mucho más limitada.

1º) CONCILIACIÓN:

Sin duda en los últimos años, las medidas de acción social iniciadas por las empresas se han centrado en facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral. Pero aunque la gran parte de estas técnicas privadas de protección social surgiesen inspiradas por los postulados de la Ley 39/1999 de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral, no se puede negar que de forma indirecta, consiguen no sólo facilitar el acceso al empleo de la mujer, principal responsable en la mayoría de ocasiones de las cargas familiares, sino también asegurar el mantenimiento de su puesto de trabajo cuando sus cargas familiares aumentan[787]. Y es este el punto de vista desde el cual deben

carácter de condición más beneficiosa o si por el contrario tan sólo constituye un beneficio puntual y graciable, que se ha otorgado a algunos trabajadores de la empresa.

[787] LUJÁN ALCARAZ, J., expone que "de acuerdo con un modelo de organización social en el que las mujeres siguen soportando la mayoría de las responsabilidades familiares, su

analizarse (al menos hasta que cambie la distribución social y cultural de los papeles que hombres y mujeres respectivamente representan en el seno de la familia) las medidas de acción social a cargo de la empresa: se las ha de considerar un instrumento efectivo para alcanzar la plena igualdad entre hombres y mujeres que pretende la LO 3/2007[788].

Cualquiera de las mejoras voluntarias enumeradas en este apartado está específicamente destinada a introducir un beneficio directo en la calidad de vida de los trabajadores de la plantilla, pero consigue también alcanzar otros objetivos secundarios: mejorar la implicación personal de los trabajadores de su empresa y reduce el absentismo y la impuntualidad (cuando estos se deben a motivos familiares), lo que en definitiva se traduce en un aumento de la productividad del trabajador y con ella, de la rentabilidad de la empresa. Su objetivo principal es elevar el nivel de ingresos del trabajador que le permita mejorar su calidad de vida, aunque indirectamente, como ocurre con las restantes medias de protección social complementaria privada, consigue fidelizar al trabajador con su empresa, y por tanto, mejorar su productividad individual y garantizar su permanencia.

Así, en la práctica se presta especial atención a determinados servicios que, bien utilizados posibilitan la igualdad de hombres y mujeres en el acceso al empleo. Y es que en los casos que a continuación se enumeran, las ventajas laborales de estas medidas de acción social son en proporción mucho mayores que los costes que implican, y es precisamente por esta razón por lo que las empresas se decantan por su utilización. Es importante tener en cuenta la naturaleza jurídica de este tipo de conceptos económicos: no constituyen complementos retributivos, sino medidas de atención social privada dispensadas en el ámbito empresarial en forma de servicios.

Tampoco se puede dejar pasar desapercibido que este tipo de mejoras, al no generar prestaciones con vocación de permanencia escapan de la obligación de externalización que se impone en nuestro ordenamiento jurídico, lo que sin duda las reviste de un valor añadido y las hace más tentadoras. Y es que ninguna de las distintas ayudas sociales destinadas a favorecer la igualdad

---

incorporación al mercado de trabajo es más difícil, y en su caso, las obliga a duplicar la jornada de trabajo para compatibilizar las obligaciones familiares y laborales", en "Igualdad y disparidad en la negociación colectiva", ponencia presentada al XV Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, La Igualdad ante la Ley y la no discriminación en las relaciones laborales, Lérida, 2005, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2006, pág. 708.

[788] QUINTANILLA NAVARRO, B., "Mejoras y beneficios sociales", en La negociación colectiva en España: una visión cualitativa, Tirant lo Blanch, Valencia, 2004, pág. 732.

de trato y oportunidades entre mujeres y hombres quedaría afectada por la obligación de externalización que impone la disposición adicional primera del RD legislativo 1/2002 que aprueba el texto refundido de la ley de regulación de los Planes y Fondos de Pensiones[789] sino que su abono se puede hacer directamente a cargo de los fondos internos de la empresa (muchas veces se crea un fondo específico vinculado a la finalidad de hacer frente a los compromisos sociales asumidos convencionalmente por la empresa).

2º) JUBILACIÓN:

Es frecuente que gracias a la negociación colectiva se introduzcan determinadas medidas destinadas a elevar la situación económica del trabajador que se jubile en la empresa (se vincule o no el citado complemento a una cláusula de jubilación forzosa). Se trata de un tipo de complemento económico que muchas veces está destinado en concreto a incentivar la jubilación anticipada de los trabajadores.

Existe un amplio abanico de denominaciones para hacer referencia a los complementos económicos que aportará la empresa en los casos de jubilación del trabajador. Es típico que entre los beneficios sociales se contemplen los llamados <<premios a la vinculación>>, <<premios de constancia>>, <<de permanencia>>, o <<por dedicación>> que, en definitiva, son aquellas entregas dinerarias con las que la empresa premia o compensa la prolongada dedicación del trabajador. Por ejemplo, ocho años[790]; diez años[791], doce

789 El art. 8 de la Directiva del Consejo de Europa 80/987/CEE establece que "Los Estados miembros se asegurarán de que se adopten las medidas necesarias para proteger los intereses de los trabajadores asalariados y de las personas que ya han dejado la empresa o el centro de actividad del empresario , en la fecha en que se produce la insolvencia de éste , en lo que se refiere a sus derechos adquiridos , o a sus derechos en curso de adquisición , a prestaciones de vejez , incluidas las prestaciones a favor de los supervivientes , en virtud de regímenes complementarios de previsión profesionales o interprofesionales que existan independientemente de los regímenes legales nacionales de seguridad social". Hoy en día, en cumplimiento de este mandato, la disposición adicional primera del RD Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, que aprueba el texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, intentando garantizar la "protección de los compromisos por pensiones con los trabajadores" establece que:

"Los compromisos por pensiones asumidos por las empresas, incluyendo las prestaciones causadas, deberán instrumentarse, desde el momento en que se inicie el devengo de su coste, mediante contratos de seguro, a través de la formalización de un plan de pensiones o de ambos. Una vez instrumentados, la obligación y responsabilidad de las empresas por los referidos compromisos por pensiones se circunscribirán exclusivamente a las asumidas en dichos contratos de seguro y planes de pensiones (…)".

790 CC Hostelería (BORM 15/3/2008), CC Limpieza pública viaria (BORM 25/6/2007).

791 CC Comercio en general (BORM 11/6/2006), CC Empresas cosecheras y productoras de tomate, lechuga y otros productos agrícolas y sus trabajadores (BORM 23/1/2008), CC J. García Carrión,

años[792], quince años[793], veinte años[794] o treinta años[795]. Dicha gratificación puede ser abonada únicamente cuando el trabajador se jubila[796], cuando se extingue el contrato por cualquier causa[797], o incluso en los casos en los que el trabajador causa baja voluntaria[798]. En otras ocasiones, se abona en el momento en el que se alcance la antigüedad fijada por el convenio (10 años, 15 años, 20 años, etc.) aunque no se extinga el contrato[799].

Estos complementos económicos de la pensión de jubilación pueden consistir en una cantidad periódica, o bien en un pago único, pero independientemente de la modalidad de pago que se haya acordado, estos premios de jubilación nunca escapan a la obligación de externalización. En concreto, la Disposición adicional decimoquinta de la Ley 44/2002 de 22 de Noviembre de Medidas de Reforma del Sistema Financiero clarifica expresamente los problemas de interpretación relacionados con la necesidad de externalizar los "premios de jubilación" que se abonaban en forma de pago único que hasta ese momento planteaba la redacción literal de la disposición adicional primera del RD Leg. 1/2002.

En concreto, las mejoras económicas que intentan potenciar la jubilación del trabajador en la empresa se suelen presentar vinculadas a políticas de

---

S A (BORM 11/4/06), CC Estacionamientos y Servicios, S A, de Cartagena (BORM 11/4/07), CC Agrícola, forestal y pecuario (BORM 1/12/2007). En relación con los trabajadores fijos discontinuos, este convenio dispone que "comenzarán a devengar este Premio a partir de su reconocimiento como tal, con el entendimiento de que cada 175 días de trabajo equivalen a un período de un año de antigüedad, a los efectos de la tabla anterior, no pudiendo superar en ningún caso a los años naturales, con el bien entendido de que el cómputo de los mencionados 175 días no tiene por qué producirse dentro del año natural, campaña o ciclo productivo, siendo perfectamente acumulables para la obtención de cada uno de los tramos".

792 CC Manipulado y exportación de frutos secos y descascarado de almendra. (BORM 10/11/2008).

793 CC Panrico, S A (BORM 21/4/2008), CC Mayoristas de alimentación (BORM 2/8/2008), CC Detallistas, supermercados y autoservicios de alimentación (BORM 29/10/2008), CC Salinera Española, S A (BORM 25/7/2008).

794 CC Estrella de Levante, S A (BORM 4/8/2008).

795 También en CC Estrella de Levante, S A (BORM 4/8/2008)

796 Industria Siderometalúrgica (BORM 7/11/2007), Empleados de Fincas Urbanas (14/9/2007), Forespán (BORM 17/6/08), entre otros.

797 Explotación de Campos de Golf (BORM 23/6/2007).

798 Limpieza Pública Viaria (BORM 25/6/2007).

799 Estacionamientos y Servicios (BORM 11/4/2007), Carbónica Murciana (BORM 26/4/2007).

empleo[800]. Es importante resaltar que se trata ésta de una obligación sometida al deber de externalización, pero tal requisito no desmotiva a las empresas a la hora de asumir compromisos de ésta índole. Un análisis somero de la situación permite apreciar con claridad que gracias a estos complementos económicos ofrecidos a modo de mejoras voluntarias se consigue indirectamente el efecto de potenciar la jubilación del trabajador en la empresa sin necesidad de recurrir a cláusulas de jubilación forzosa o sin necesidad de esperar a que el trabajador alcance los 65 años de edad. En definitiva, por medio de las mejoras voluntarias de la jubilación no sólo se va a lograr complementar económicamente la protección que en caso de jubilación el sujeto percibe a cargo de la Seguridad Social, sino que al mismo tiempo, gracias a este tipo de técnicas, se consigue satisfacer un interés empresarial subyacente: la reducción de plantilla. Y es éste precisamente el motivo que ocasiona que, en el ámbito de la negociación colectiva, las mejoras voluntarias de la situación de jubilación del trabajador sean mucho más frecuentes que las medidas de protección adicional de las enfermedades profesionales, a pesar de estar ambas sometidas igualmente al deber legal de externalización, y sujetas por tanto a costes similares.

VI. EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA: CLASIFICACIÓN

1. Situación contemplada

Para que las contingencias derivadas de enfermedad profesional o accidente de trabajo, sean merecedoras de una prestación complementaria de la Seguridad Social a cargo de la empresa, han de desencadenar una de las siguientes situaciones: Incapacidad Temporal, Incapacidad Permanente, muerte o supervivencia.

Cuando convencionalmente se decide acordar una protección adicional de las enfermedades profesionales es habitual que se ofrezca distinta cobertura según gravedad de la contingencia acaecida, o que sólo se protejan

800 Por ejemplo, el convenio colectivo para industrias del Calzado, zapatillas vulcanizadas, caucho e industrias afines (BORM 19/11/2007) simplemente señala que "durante la vigencia exclusiva del presente convenio, los trabajadores afectados por el mismo, podrán solicitar la jubilación a los 64 años con la consiguiente contraprestación simultánea por parte de las Empresas en la que presten sus servicios jóvenes trabajadores o perceptores del Seguro de Desempleo en igual número al de jubilaciones anticipadas que se pacten". A este supuesto de jubilación también se refiere también entre otros, el convenio colectivo para el sector de Hostelería (BORM 15/3/2008), Limpieza de edificios y locales o de Mayoristas de alimentación (BORM 2/8/2008).

algunas de estas situaciones pero no todas[801]. Acerca de las situaciones más frecuentes pueden realizarse las siguientes consideraciones:

a) Incapacidad temporal

Sin lugar a dudas, el complemento por incapacidad temporal es la figura protagonista del capítulo de las mejoras de la protección social de las enfermedades profesionales en los convenios colectivos[802]. La importancia de esta mejora voluntaria no sólo reside en su función como complemento de la prestación que recibe el trabajador, también guarda una estrecha relación con el absentismo laboral.

Respecto a su alcance, pueden destacarse los siguientes datos:

En realidad son minoría los convenios que ofrecen de manera indistinta la mejora tanto en contingencias comunes como profesionales Y es que es excepcional que la mejora voluntaria alcance el 100% de la retribución del trabajador tanto en caso de contingencias profesionales como de contingencias comunes[803]. En general los convenios colectivos ofrecen diversos escenarios, siendo frecuente que esta mejora alcance a los procesos de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes de manera limitada de tal manera que tan sólo los procesos de IT derivada de contingencias profesionales recibirían un complemento que le permita al trabajador alcanzar el 100% de las

801 Sirva como ejemplo el convenio colectivo para Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste (BORM 28/09/2007), en el que las cuantías que el trabajador o sus causahabientes tendrán derecho a percibir serán distintas dependiendo de que se produzca un "fallecimiento natural", "fallecimiento por accidente natural", "invalidez total y permanente", "fallecimiento por accidente de circulación" o "fallecimiento por accidente laboral" (cfr. art. 24 del citado convenio). Por el contrario, el convenio colectivo de ámbito estatal para el sector de mediación en seguros privados (BOE22/10/2007) opta por una solución totalmente diferente e indica que "Los empresarios afectados por el presente convenio abonarán a sus trabajadores, cuando se encuentren en situación de incapacidad temporal derivada de enfermedad o accidente, común o laboral, justificada mediante los oportunos partes médicos del Servicio Público de Salud, la diferencia entre la prestación económica que reciban del Régimen General de la Seguridad Social y la retribución que percibirían de la Empresa al estar prestando sus servicios normalmente, durante un período máximo de dieciocho meses" (art. 58).

802 Así, analizando los convenios colectivos negociados en la Región de Murcia durante el año 2007 se puede apreciar que tal medida se encuentra presente en el 71,66% de los convenios de sector y en el 61,90% de los de ámbito empresarial. Y es que, al tratarse de una prestación económica, que, como su propio nombre indica es temporal, está exenta de la obligación de externalización que impone el RD Leg. 1/2002.

803 Personal Laboral de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (BORM 1/6/2007), Thyssenkrupp Elevadores S.L. (BORM 16/4/2007), Prensa del Sureste (BORM 21/4/2007).

retribuciones reales anteriores a la baja, y las demás situaciones únicamente percibirían complementos de inferior cuantía[804].

Otras veces, para que el trabajador tenga derecho a la mejora de las situaciones de IT derivada de contingencias comunes es preciso que concurran unos requisitos que no se exigen cuando la situación de IT del trabajador deriva de enfermedad profesional. Así, los convenios pueden limitar en el tiempo la mejora voluntaria cuando la situación de IT deriva de contingencias comunes, o vincularla, además, a un reconocimiento médico para controlar la evolución del trabajador (Explotación Campos de Golf, Transporte de Viajeros, Panaderías, Prensa del Sureste, Naftrán, Estacionamientos y Servicios, entre otros), requisitos que no se exigen cuando la situación de IT viene provocada por causas profesionales. Excepcionalmente se establece un sistema por el que el importe de la mejora de la IT derivada de contingencias comunes es gradual, y por tanto, se ofrece menor cobertura a los procesos de incapacidad de corta duración; sin embargo, este cambio en la cuantía de la mejora no afecta a los supuestos en los que la IT deriva de contingencia profesional[805].

b) Indemnización por incapacidad permanente, muerte o supervivencia

A la hora de explicar las diferentes alternativas por las que los convenios colectivos se decantan a la hora de cubrir situaciones de ésta índole cuándo viene generadas por una enfermedad profesional, se pueden realizar las siguientes consideraciones generales:

---

804 Puede servir de ejemplo, el art. 31 del convenio colectivo para HELADOS MIKO SA (BORM 1/4/2003), en el que se establece (aunque con un alcance más amplio del que se propone en estas líneas) que: "sea cual sea la causa que originó la situación de IT, la empresa abonará un complemento equivalente a la cuantía necesaria para que, sumada a la prestación correspondiente, alcance la totalidad del salario que el trabajador afectado percibía de promedio mensual en los últimos 12 meses". En cambio, durante el año 2007, en un 52,36% de los convenios de ámbito de empresa de nueva negociación en la Región de Murcia se condiciona la percepción de la mejora voluntaria del complemento por IT en caso de contingencias comunes a la hospitalización o intervención quirúrgica del trabajador (entre otros, Rodolfo y Cervantes, BORM 24/5/2007, Mancomunidad de Servicios del Sureste, BORM 28/9/2007, Estacionamientos y Servicios, BORM 11/4/2007).

805 En esta línea, el convenio de Limpieza Pública Viaria a la hora de limitar los días en los que se aplica la mejora, se toman en consideración las bajas anteriores que el trabajador haya tenido durante el año, y al mismo tiempo, expresamente recoge como falta muy grave la realización de actuaciones por parte del trabajador en situación de incapacidad temporal que no sean acordes con dicho proceso. Por su parte, el art. 53 del convenio colectivo de Repsol Petróleo, S.A. (BOE 12/2/2007) establece que sólo se percibirá el complemento por IT en los casos en los que ésta derive de enfermedad profesional o accidente laboral, o esté motivada por circunstancias relacionadas con el embarazo o la maternidad.

Los convenios colectivos pueden prever el abono de una indemnización en casos de muerte del trabajador o de incapacidad permanente en alguno de sus grados[806].

También es previsión típica del capítulo dedicado a mejoras sociales la que se refiere a la ayuda por defunción establecida en favor del cónyuge o hijos menores y cuyo importe no suele superar unos pocos meses de salario[807]. Esta medida suele estar acompaña por la obligación por parte de la Empresa de suscribir una póliza de seguro para sus trabajadores, y es que tanto el complemento a la pensión de viudedad, como los complementos a las prestaciones de IP, en cualquiera de sus grados, quedan afectados por la obligación de externalización. En cambio, el resto de percepciones económicas a que el trabajador o sus causahabientes puedan tener derecho en concepto de mejoras voluntarias a cargo de la empresa, pueden satisfacerse directamente a cargo de los fondos internos de la propia empresa[808].

Ahora bien, en cuanto a la protección de la situación de Incapacidad permanente o muerte derivada de enfermedades profesionales, puede realizarse esta apreciación:

Aparentemente, según la redacción literal del Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 noviembre, sólo deben externalizarse las mejoras que impliquen

---

[806] En concreto, en la Región de Murcia, en los convenios de nueva negociación durante el año 2007, este complemento se contempla en el 66% de los convenios de sector y en el 55% de los convenios de empresa.

[807] Así, el art. 25 CC Detallistas, supermercados y autoservicios de alimentación (BORM 29/10/2008) dispone que "en caso de fallecimiento de un trabajador en activo, con un mínimo de antigüedad de dos años, la empresa satisfará a sus derecho habientes el importe de dos mensualidades de su salario base y complementos salariales". Por su parte, el art. 42 CC Locales de exhibición cinematográfica y teatro (BORM 13/1/2004) señala que, en el mismo supuesto, el "viudo/a y/o herederos, percibirán de la Empresa y por una sola vez, el importe de una mensualidad de la retribución que efectivamente perciba, incluidas las llamadas no salariales". El CC Hostelería. (BORM 15/3/2008) reconoce en estos casos a los herederos legales cuatro mensualidades de los haberes del causante. El CC Manipulado y exportación de frutos secos y descascarillado de almendra (BORM 10/11/2008) distingue según se trate de causahabientes del personal fijo de plantilla o de fijos discontinuos (art. 12). En ambos casos la ayuda es la misma: "una mensualidad de salario base más antigüedad, siempre que haya permanecido en la empresa cinco años en la fecha del óbito", si bien, tratándose de fijos discontinuos el tiempo de permanencia previo deberá computarse "en función de los días realmente trabajados en la empresa que se agruparán en fracciones de 365 días".

[808] Por ejemplo, el art. 41 del convenio colectivo de Iberdrola Ingeniería y Construcción, S.A.U. (BOE 26/6/2006) prevé la dotación anual de un fondo específico destinado a satisfacer necesidades concretas de los trabajadores de la empresa sobre las que no recaiga obligación legal de externalización. En concreto, "el fondo destinado a estos beneficios se establece en 536.000 € para el año 2007, actualizándose con el IPC para los años 2008 y 2009".

obligaciones de tracto periódico y con vocación de permanencia, por tanto: incapacidad permanente en cualquiera de sus grados, jubilación y supervivencia (art. 8.6 de la citada norma).

Ahora bien, es precisamente esa disposición la que, a la hora de concretar qué tipo de mejoras quedan sometidas a la obligación de externalización genera ciertos problemas interpretativos. Y es que su redacción literal indica simplemente que: "tales pensiones **podrán revestir** las formas establecidas en el apartado 5 del artículo 8 (pago único, prestación periódica o modalidad mixta) y comprenderán toda prestación que se destine a la cobertura de tales compromisos, cualquiera que sea su denominación". Y es que en esta expresión, sobre todo teniendo en cuenta su redacción condicional "podrán revestir" no se aprecia con claridad si la intención del legislador es la de preverla obligación de externalización sólo cuando se opta por pagos periódicos, o si por le contrario se pretende obligar a exteriorizar este tipo de compromisos siempre que cubran situación de IT, jubilación o supervivencia, independientemente de la modalidad de pago que se haya elegido (pago único, pago periódico o fórmulas híbridas).

En realidad, la disposición adicional primera, remitiendo a los arts. 8.5 y 8.6 del citado texto indica que la obligación de exteriorización incide sobre este tipo de mejoras independientemente de la modalidad de devengo pactado, por tanto, deberán exteriorizarse estos compromisos tanto si se ha optado por el pago único, por el complemento de una prestación periódica, como por un sistema mixto que yuxtaponga ambas posibilidades. Por ese motivo, el compromiso empresarial de mejorar de la protección periódica que recibe un sujeto que se jubila, que queda afectado por una Incapacidad Permanente en cualquiera de sus grados, e incluso, al elevar la cuantía de la pensión de viudedad en los casos en los que el fallecimiento venga derivado de una enfermedad profesional, quedaría siempre subsumido en esta obligación de exteriorización. Pero curiosamente, por los enormes problemas prácticos que generaban los complementos por pensiones de jubilación consistentes en un pago único, el legislador se ha visto obligado a clarificar específicamente dicha exigencia, pero paradójicamente no realiza ninguna aclaración relativa a las restantes situaciones en las que el trabajador puede recibir una indemnización a tanto alzado. Dicha especificación se incluye en la disposición adicional decimoquinta de la Ley 44/2002 de 22 de Noviembre de medidas de Reforma del Sistema Financiero[809]. En cambio, no considera necesario extender dicha

[809] En ella, bajo el rótulo de "Régimen transitorio de acomodación de determinados compromisos por pensiones vinculados a la jubilación mediante planes de empleo de promoción

aclaración a otro tipo de aportaciones complementarias de las empresas que pretenden mejorar la protección económica que se percibe ene l caso de que al trabajador se le reconozca cualquier situación de IP. Y es que en realidad el art. 8.5 de RD legislativo 1/2002 no está diciendo simplemente que a través de los contratos de seguros y de los planes de pensiones, dependiendo de las condiciones concretas bajo las cuales se haya concertado, el sujeto o sus causahabientes pueden percibir una cobertura adicional bien en forma de cantidad a tanto alzado, bien en forma de complemento periódico, o ambas simultáneamente, sino que su alcance es mucho mayor, pues con ellas la intención del legislador era la de proclamar que toda mejora complementaria de las situaciones de IP, jubilación, muerte o supervivencia debe externalizarse, independientemente de la modalidad de pago que en cada caso se haya elegido. Y es que en todas esas ocasiones lo que se ha pretendido es elevar la protección del trabajador revistiendo este tipo de mejoras complementarias de un régimen jurídico especialmente protector, tendente a evitar el impago en casos de insolvencia empresarial, y por tanto, destinado a garantizar la efectividad de este tipo de compromisos empresariales independientemente de la situación económica que en cada momento atraviese la empresa.

Similares consideraciones pueden hacerse respecto a la cobertura de estas contingencias (IP, muerte y supervivencia) que las que se han realizado en torno a los supuestos de IT. Y es que en el caso de que se opte por ofrecer una cobertura voluntaria a este tipo de contingencias habitualmente se ofrece una protección adicional a los casos en los que dicha situación proviene de una contingencia profesional (bien ofreciendo cobertura tan sólo a los supuestos en los que la IP (en cualquiera de sus grados) o la muerte provienen de contingencia profesional, bien reconociendo una protección económica superior a estas situaciones[810].

---

conjunta" expresamente se indica que también quedarán sujetos a la obligación de externalización "aquellos compromisos, establecidos en convenio colectivo de ámbito supraempresarial, vinculados a la permanencia del trabajador en la empresa o sector hasta la jubilación, que, bajo la denominación «premios de jubilación» u otras, consistan en una prestación pagadera por una sola vez en el momento del cese por jubilación".

810 Es curioso que el art. 59 del convenio colectivo de ámbito estatal para el sector de mediación en seguros privados (BOE 22/10/2007) establece esta graduación del nivel económico de protección en función no del carácter común o profesional de la contingencia sufrida, sino del hecho de provenir bien de "accidente", bien de "enfermedad", tanto si son comunes como profesionales. Por eso indica que "Las Empresas contratarán, a su exclusivo cargo, para sus trabajadores por cuenta ajena, una póliza de Seguro de Vida que cubra el riesgo de muerte y el anticipo de capital en caso de Incapacidad Permanente Absoluta, Total para la profesión habitual, y Gran Invalidez, por un capital de 14.500 euros.
2. Este seguro tendrá una garantía complementaria que otorgue el pago de doble capital, es decir 29.000 euros, para el caso de que la muerte o los supuestos de incapacidad antes citados sean producidos por accidente, sea o no de trabajo.

2º) La naturaleza de las contingencias:

Desde otro punto de vista, también se pueden clasificar las mejoras voluntarias atendiendo a la protección que recibe el sujeto dependiendo de la causa que motiva la contingencia que sufre. Y es que un porcentaje muy elevado de convenios colectivos diferencia entre contingencia profesional y contingencia común a la hora de ofrecer beneficios sociales[811].

De tal forma, las obligaciones sujetas al deber de externalización deben necesariamente instrumentalizarse bien a través de un contrato de seguro bien a través de un plan de pensiones. En cambio, el resto de compromisos sociales pueden sufragarse directamente a cargo de la empresa, bien sin establecer límite al respecto, bien creando un fondo específico adscrito a la finalidad de hacer frente a los compromisos sociales asumidos convencionalmente por la empresa, al que se destinará determinada cantidad al año acordada por convenio colectivo.

En cambio no es frecuente que la empresa decida recurrir a un contrato de seguro para instrumentalizar aquellos compromisos que, en virtud del RD Leg. 1/2002 no están sometidos al deber de externalización. Al contrario, cuando la empresa decide recurrir a un contrato de seguro lo hace con el fin de cubrir los posibles daños causados a terceros por los trabajadores de su empresa en ejercicio de su actividad laboral, y no para garantizar el abono efectivo de los complementos por nacimiento de hijo, gastos de escolarización o prótesis que se haya comprometido a asumir. Y es que en realidad este tipo de contratos de seguro no sólo benefician a los trabajadores por cuenta ajena, sino también a la propia empresa contratante, pues le evita tener que hacer frente a la responsabilidad civil extracontractual que le imputa el art. 1902 C.C. ante los daños causados por sus empleados. Y es que no es frecuente que se opte por concertar un contrato de seguro, con los costes que ello implica, para cubrir aquellas mejoras voluntarias sobre las que no existe obligación legal de externalización. A modo de excepción, sirva como ejemplo el convenio colectivo para el personal laboral del Ayuntamiento de Alguazas (2006), que establece en su articulado el deber de la empresa de suscribir un seguro de responsabilidad civil con el fin de cubrir los daños y perjuicios causados por sus empleados durante el desarrollo de su actividad laboral.

3º) Forma de financiación

Al respecto, son dos las alternativas posibles: que sea la empresa la que sustente a su exclusivo cargo el coste económico de la mejora o que en dicha forma de cobertura coparticipen simultáneamente, aunque no lo hagan en la misma proporción, tanto la empresa como sus trabajadores[812]. Acerca de esta subdivisión de las mejoras voluntarias de las enfermedades profesionales, puede resaltarse que:

1º. Es habitual que la empresa se comprometa a concertar a nombre de sus trabajadores un contrato de seguro o un plan de pensiones. En estos casos en convenio colectivo puede pactarse: o bien el importe total de la percepción económica que recibirá cada trabajador ante las distintas contingencias protegidas o bien simplemente la cantidad económica mensual o anual que la empresa se compromete a destinar a tal contrato de seguro o plan de pensiones a nombre de cada uno de sus trabajadores. En el primer caso la cobertura económica es de cuantía cierta, y en el segundo caso, la cobertura económica a la que finalmente tendrá derecho el trabajador cuando sobrevenga alguna de las situaciones protegidas será de cuantía incierta, pues no se habrá podido predeterminar su importe total en el convenio colectivo y dependerán de las condiciones del contrato de seguro o plan de pensiones suscrito. En curioso que, pese a todo, sólo unos pocos convenios suelen reconocer a los representantes legales de los trabajadores el derecho a que les sea entregada por el empresario copia de la póliza del seguro. Y es que gracias a ello se tendrá certeza del alcance exacto de la cobertura contratada, con el fin de poder comprobar que las condiciones suscritas se ajustan estrictamente a las obligaciones asumidas convencionalmente.

2º. Puede que sea la empresa la que formalmente concierte el contrato de seguro o el plan de pensiones, pero convencionalmente se acuerde una forma de coparticipación de los trabajadores en los gastos que implica la citada técnica de previsión social[813].

---

811 Sirva como ejemplo el art. 50 del convenio colectivo para la empresa HUNOSA (BOPA 30/6/2006) en el que únicamente se contempla una mejora complementaria de la prestación de IT cuando ésta deriva de "accidente de trabajo".

812 Esta es la opción por la que se decanta el art. 38 del convenio colectivo de Iberdrola Ingeniería y Construcción, S.A.U. (BOE 26/6/2007) pues "La Empresa asumirá, a su cargo, el pago de las primas del Seguro colectivo de vida y accidentes, descontada la cuota que corresponde al empleado, que es de 0,39 € mensuales por cada 601,01€ de capital asegurado".

813 Así, el art. 56 in fine del convenio colectivo para Repsol Petróleo, S.A. (BOE 12/2/2007) dispone que "Los trabajadores participarán en el coste de este Seguro, prorrateando por partes iguales entre el total de la plantilla afectada por el ámbito personal del presente convenio, los gastos de

3º.Pero también pueden admitirse compromisos de similar finalidad pero de diferente alcance: y es que en algunos casos la empresa simplemente asume convencionalmente el deber de ofrecer al trabajador que desee, personalmente y a su propio, nombre concertar un seguro o un plan de pensiones con el fin de proteger precisamente las contingencias que se especifican en convenio colectivo (normalmente contingencias profesionales) cierta cantidad de dinero al mes o al año[814]. Es decir, como alternativa a la suscripción de una póliza de seguros por la empresa, y para distintos tipos de ayudas económicas (por incapacidad temporal, incapacidad permanente o en caso de fallecimiento), algunos convenios estipulan que la empresa abone al trabajador una cantidad mensual o anual en concepto de prima de seguro para que sea el mismo trabajador el que atienda a su aseguramiento[815].

Se trata ésta de una aportación económica, de naturaleza jurídica discutible, pero posiblemente la figura a la que más se aproxime este tipo de aportaciones sea la <<donación modal>> prevista en el art. 622 del C.C. Por tanto, las cantidades así recibidas también quedarían excluida de la obligación de cotización, puesto, puesto que el no retribuir <<trabajo efectivo>> no constituyen propiamente "salario", y por tanto, no está sujeta a las obligaciones de tributación ni de cotización.

4º. Otras veces la empresa se compromete simplemente a dotar un fondo interno específico con determinada cantidad al mes por cada trabajador de la empresa con el fin de hacer frente determinados compromisos sociales. Se trata está de una obligación que quedaría circunscrita a la cobertura de los

---

administración de la prima bruta, siendo el resto del coste a cargo de la Empresa. Una vez contratada la Póliza y se conozcan, por tanto, los gastos de administración, la Dirección dará cuenta de las cantidades exactas a descontar a cada trabajador".

814 Precisamente ésta es la opción que se plasma en art. 60 del convenio colectivo para Repsol Petróleo SA (BOE 12/2/2007) en relación con los seguros médicos privados. Así, "El trabajador podrá optar por la percepción en metálico de la subvención o su inclusión en la póliza de asistencia sanitaria que con una Compañía externa se concierte, corriendo por su cuenta el abono del exceso de coste de la cuota por beneficiario sobre la subvención".

815 Por ejemplo, el art. 27 CC Agrícola, forestal y pecuario (BORM 1/12/2007) advierte que "la empresa abonará la suma de 20 euros, cada año de la vigencia del convenio a cada trabajador, por la suscripción de pólizas de seguros que cubra el riesgo de muerte o invalidez permanente, cuya suscripción será de exclusiva cuenta del trabajador, siendo indispensable para el pago de la cantidad antes indicada, el justificar debidamente ante la empresa la formalización de la póliza. Dicha póliza podrá ser tanto individual como colectiva". La misma solución, por ejemplo, en CC Calzado, zapatillas vulcanizadas, caucho e industrias afines (BORM 19/11/2007), CC Comercio en general (BORM 11/6/2006), CC Manipulado y exportación de frutos secos y descascarado de almendra (BORM 10/11/2008), CC

compromisos sociales que escapan de la obligación de externalización (ayudas familiares, escolares o de formación, IT, etc.). Incluso, en circunstancias excepcionales dicho fondo interno y específico, adscrito a la finalidad de sufragar los compromisos sociales, se constituye por aportaciones simultáneas tanto de trabajadores como de empresarios.

4º) Prestación económica o servicios específicos:

Al margen de los complementos económicos que la empresa pueda abonar a los trabajadores que sufren un proceso de Incapacidad Temporal, Incapacidad Permanente o incluso ante el fallecimiento de sus trabajadores debido a una enfermedad profesional o accidente de trabajo, existen otro tipo de mejoras sociales que también pretenden elevar el nivel de protección que por el momento ofrece nuestro sistema de Seguridad Social pero que no tienen naturaleza económica sino que se van a percibir en forma de servicios. Así, ciertas prestaciones complementarias están orientadas a mejorar la atención a la salud de los trabajadores de la empresa o de sus familiares. En este sentido, se puede destacar la utilidad de las siguientes medidas:

· Teniendo en cuenta que en caso de enfermedad profesional es la propia Seguridad Social garantiza el importe íntegro de la medicación que se deba suministrar al trabajador, las prestaciones médico-farmacéuticas que tenga que percibir el trabajador de la empresa que sufra una contingencia común o profesional que requiera tratamiento no constituye un sí misma una verdadera mejora de la protección en caso de que el trabajador sufra una contingencia profesional, pero sí lo es en cambio la concertación a cargo de la empresa de un seguro médico privado que cubra al trabajador, o incluso al trabajador y a sus parientes directos, y que complemente en su caso la protección que le ofrece la Seguridad Social[816]. En estos casos se produce una mejora sustancial de la protección del trabajador, que ve complementada la

Empresas cosecheras y productoras de tomate, lechuga y otros productos agrícolas y sus trabajadores (BORM 3/2/2004).

816 Sirva como ejemplo el art. 47 del convenio colectivo para la empresa G.E.plastics, S. com. por acciones (BORM 31/3/2006) que indica: "La compañía tiene establecido un seguro médico complementario. La participación del trabajador será opcional y gratuita en la póliza básica. Los beneficiarios que el empleado puede incluir son los que están reconocidos oficialmente por la Seguridad social. Además, podrán incluirse las parejas de hecho siempre y cuando sean admitidas como tales por la empresa proveedora. La empresa podrá cambiar la entidad que presta el servicio previa comunicación a los representantes de los trabajadores". Por su parte, también el art. 40. del convenio colectivo de Iberdrola Ingeniería y Construcción, S.A.U. (BOE 26/6/2007) prevé que "la Empresa contratará para el personal activo, como complemento a la acción protectora de la Seguridad Social, una asistencia sanitaria adicional a través de una o varias compañías aseguradoras privadas, designadas y concertadas por la Empresa (…). El pago del importe integro de la prima del titular será a cargo de la empresa.

atención sanitaria que puede recibir a través del sistema de Seguridad Social, con la cobertura privada e individualizada sufragada por la empresa, que en ocasiones, puede estar específicamente destinada a mejorar la protección que se recibe en caso de enfermedad profesional[817].

Pero al respecto se debe realizar una consideración importantísima. A pesar de que, con carácter general, toda técnica de acción social asumida por la empresa en beneficio de sus trabajadores no tiene la consideración jurídica de "salario" y por lo tanto ni integra la base imponible del trabajador a efectos del IRPF ni tampoco se tiene en cuenta a la hora de calcular su base de cotización, el art. 23.1.F. a) in fine, del RD 2064/1995 sobre Cotización y Liquidación de Otros Derechos de la Seguridad Social, contempla como excepción la siguiente: "*las ayudas y demás cantidades dinerarias por gastos sanitarios entregadas por las empresas a sus trabajadores o asimilados, deberán incluirse en la correspondiente base de cotización, complementen o no prestaciones contributivas o no contributivas del sistema de Seguridad Social".*

Aunque tal referencia normativa es clara, en la práctica era relativamente frecuenta obviar este deber de cotización de, por ejemplo, las aportaciones de la empresa a un seguro médico en beneficio de sus trabajadores y, a veces también, sus familiares directos, amparándose en la genérica exención de cotización de las mejoras sociales. Ahora bien, muy recientemente una circular interna de la Inspección de Trabajo recuerda a los inspectores el deber de cotización que afecta a tales cantidades económicas e insta a su comprobación.

· Otras veces, la empresa se obliga convencionalmente a contar con un médico de empresa, que facilite una asistencia sanitaria rápida y en las propias instalaciones de la empresa a los trabajadores de la plantilla, y preferiblemente también a sus familiares directos. Por tanto, se consigue entonces mejorar por vía convencional las estrictas obligaciones previstas en los art. 14 y 15 del RD 39/1997 que aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención acerca del "servicio de prevención propio" que han de mantener determinadas empresas.

---

817 Curiosamente, así lo hace el art. 24 del convenio colectivo de Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S. A. (BOE 31/1/2007), en el que se dispone "se creará una póliza especial del Ramo de Salud para el colectivo de empleados, con su correspondiente nota técnica orientada a las características de riesgo de este colectivo y bajo las normativas de aceptación de riesgos establecidas por la Compañía a través de su Departamento de Negocio de Salud".

En concreto, y con una clara intención de mejorar por medio de la negociación colectiva el nivel mínimo de protección impuesto por la ley, podría imponerse este tipo de servicios en empresas de menos de 500 trabajadores; elevarse sus funciones de la estricta prevención y control hasta la simple atención médica, o ampliarse los sujetos que pueden beneficiarse de este servicio, no sólo a los trabajadores de la empresa, sino también a sus familiares.

5º) Sujetos protegidos:

Una última clasificación atendería a los trabajadores que resultan protegidos por la concreta medida. Y es que puede que todos los trabajadores de la empresa accedan a dicha cobertura en idénticas condiciones, pues es habitual es reservar este tipo de mejoras para los trabajadores fijos de la empresa, para los que tengan atribuida determinada categoría profesional, e incluso, para aquellos que cuenten con determinada antigüedad en ella, o simplemente, utilizando un criterio mucho más amplio, para aquellos que se encuentren en activo en la empresa o en una situación de excedencia que genera derecho a la reserva del puesto de trabajo[818]. Al respecto, rigen las reglas de la autonomía de la voluntad, y es que, siempre que se respete el derecho constitucional a la igualdad de trato y no se introduzcan diferencias injustificadas o basadas en uno de los motivos personales y sociales enumerados en el art. 14 CE, los sujetos negociadores son libres para determinar si las mejoras voluntarias de las enfermedades profesionales se aplican sin excepción a todos los trabajadores de la empresa o si se reservan para aquellos que cumplan determinados requisitos.

VII) REGLAS DE INTERPRETACIÓN DE LOS PACTOS CONVENCIONALES: AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD Y SITUACIONES CONTROVERTIDAS

818 Sirva como ejemplo el convenio colectivo para la Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste (BORM 28/9/2007), en virtud del cual, aunque todos los trabajadores de la empresa (sin establecer ninguna limitación al respecto) sólo tienen derecho a que la empresa suscriba a su favor un seguro de vida, aquellos que tengan "una antigüedad superior a seis meses en el puesto de trabajo" podrán acceder a otro tipo de mejoras complementarias (ayudas por hijo minusválidos, ayudas por estudios, etc.). También, el art. 38 del convenio colectivo de Iberdrola Ingeniería y Construcción, S.A.U. (BOE 26/6/2007) indica que "Sólo se tendrá derecho al seguro colectivo de vida y accidentes mientras se permanezca en situación de alta en la Empresa, salvo por excedencias, tanto la forzosa como la debida a razones de conciliación de la vida familiar y laboral". Mucho más ambicioso es el compromiso asumido en el art. 23 del convenio colectivo de Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S. A. (BOE 31/1/2007), por el que se acuerda que "El personal que esté en situación pasiva y hasta que cumpla los setenta años de edad, siempre que exista beneficiario designado, tendrá las coberturas del presente seguro de vida y accidente en las mismas condiciones y capitales estipulados en el convenio General, salvo para la cobertura de fallecimiento o invalidez absoluta y permanente derivados de accidente laboral, que se extinguirá en el momento de la jubilación".

En la práctica se plantean infinidad de problemas concretos derivados de la redacción literal de la cláusula convencional por la que se reconoce una mejora de la cobertura de las contingencias profesionales. Y es que el desarrollo de los acontecimientos exige solventar problemas a los que las escuetas referencias relativas a las mejoras voluntarias de las prestaciones de Seguridad Social previstas en el art. 40 CE o en los arts. 38, 191 y ss LGSS no ofrecen ninguna respuesta específica.

En caso de discrepancia sobre el verdadero alcance de una mejora voluntaria de las prestaciones de seguridad Social establecida convencionalmente, resulta lógico acudir a la comisión paritaria de interpretación del convenio colectivo, o a cualquiera de los mecanismos de solución extrajudicial de conflictos a los que hace referencia el RD Ley 17/1977 de Relaciones de Trabajo. En este sentido, expresamente el art. 1.2. del ASEC III, indica expresamente que, aunque las controversias referidas a las prestaciones de Seguridad Social están excluidas del ASEC III (precisamente porque se trata de materias sobre las que no cabe acuerdo de voluntades de los interesados) esta exclusión no se aplica a los conflictos derivados de las mejoras voluntarias.

En los casos en los que no se resuelva el conflicto por medios de solución extrajudicial, será necesario acudir a la jurisdicción social. En este caso, el juzgador interpreta el acuerdo de voluntades plasmado en convenio colectivo en virtud del cual se establece una mejora voluntaria de las prestaciones de Seguridad Social a cargo de la empresa, aplicando las reglas de interpretación de los contratos expresadas en el C.C. Y es que el convenio colectivo, y aunque tenga fuerza de ley entre los contratantes, es ante todo un acuerdo de voluntades, puesto que es precisamente dicho acuerdo entre los sujetos implicados el que da origen a la mejora, por lo que deberán aplicarse las reglas de interpretación que nuestro ordenamiento jurídico prevé para las situaciones en las que no es sencillo desentrañar el verdadero sentido del citado acuerdo. En concreto, son las reglas de interpretación contenidas en el Capítulo IV del libro IV del C.C. denominado “De la interpretación de los contratos” (arts. 1281 a 1289 C. C.) las que van a permitir solventar la mayor parte de los problemas de aplicación que las mejoras voluntarias pueden generar en la práctica.

Entre otras, por su importancia o frecuencia práctica, pueden resaltarse las siguientes controversias a las que con frecuencia tienen que enfrentarse

jueces y tribunales a la hora de interpretar el verdadero alcance de determinadas cláusulas convencionales a través de las cuales se intentan mejorar las prestaciones que el Régimen General de la Seguridad Social ofrece ante contingencias profesionales.

- ¿El concepto de <<accidente de trabajo>> es equivalente al de <<accidente laboral>>?

Las bases interpretativas de tal cuestión se sientan en la STS (Sala de lo Social) de 28 de enero de 1992 (RJ 1992/130) que resuelve un recurso de casación para la unificación de doctrina. En esta ocasión se trata de determinar el verdadero alcance de un compromiso convencional en virtud del cual, atendiendo a su redacción literal, la empresa únicamente se comprometía al mantenimiento de una póliza de seguros "de accidente de trabajo". La cuestión por tanto se centra en concretar si las enfermedades profesionales quedan incluidas o no en el concepto de accidente de trabajo a efectos de la cobertura por la citada póliza. Ante este problema interpretativo, el Tribunal Supremo, teniendo en cuenta "que la equivocidad u oscuridad de una cláusula contractual de un contrato de adhesión como suele ser el contrato de seguro, no debe beneficiar a la entidad aseguradora (a la que es exigible claridad y precisión en sus formularios o impresos) sino al asegurado", estima que, salvo que expresamente se haya incluido una exclusión expresa de las enfermedades profesionales, en la expresión <<accidente de trabajo>> deben entenderse incluidas ambas situaciones, pues entre ellas existe un mismo nexo causal lesión-trabajo[819].

- ¿La baja definitiva del trabajador provocada por Incapacidad Permanente genera derecho a obtener prestaciones derivadas y previstas para casos de jubilación?

Aplicando el principio de libertad de pacto, y la autonomía de la voluntad de los contratantes que proclaman los arts. 1255 y 1258 C.C. es fácil concluir que no pueden generarse prestaciones complementarias de Seguridad Social de mayor entidad ni ante situaciones distintas a las expresamente contempladas en el momento de su creación. De tal manera que si la redacción literal de una cláusula controvertida de un convenio colectivo (art. 1281 C.C.) hacen referencia únicamente a los casos de jubilación, no pueden entenderse

[819] Consideración que podría extenderse, entre otros, al ya citado art. 50 del convenio colectivo para la empresa HUNOSA (BOPA 30/6/2006) en el que únicamente se contempla una mejora complementaria de la prestación de IT cuando ésta deriva de "accidente de trabajo".

comprendidas en tal declaración de voluntad situaciones distintas a aquellas sobre las que los contratantes se propusieron contratar (cfr. art. 1283 C.C.). Y es que si expresamente se hizo referencia a la situación de jubilación, y se omitió cualquier mención a las restantes causas que también producen la extinción de la relación laboral de un trabajador, y con ello, su baja en la empresa, parece obvio que la intención de los contratantes era limitar el alcance de la mejora complementaria a los supuestos concretos expresamente referenciados, sin que quepa en estos casos recurrir a la analogía ni pueda hacerse una interpretación desmesuradamente extensiva del tenor literal de la redacción de la cláusula del convenio colectivo que contempla tal mejora.

- En los casos en los que el convenio colectivo prevé un complemento económico a favor de los parientes del trabajador "en caso de fallecimiento" de éste, ¿debe entenderse que el fallecimiento puede producirse por cualquier causa?

Esta situación se discute, entre otras, en la STSJ de la Comunidad Valenciana, Sala de lo Social de 27 de octubre de 2006 (AS 2006/1165). En este caso, se llega a la conclusión de que, si lo establecido en convenio colectivo era la cobertura del resultado de muerte, no se puede excluir determinadas situaciones apoyándose en la causa de la muerte del trabajador, puesto que en el texto del convenio colectivo, ni en la cláusulas del contrato de seguro a que éstas previsiones convencionales dieron lugar, no se contempló ninguna referencia ni expresa ni implícita que permitiera intuir que la voluntad de los contratantes era la de limitar el derecho a obtener la mejora de las prestaciones de Seguridad Social sólo a los casos en los que la muerte se produjera por circunstancias profesionales. Por tanto, los familiares del trabajador fallecido tienen derecho a percibir las mejoras pactadas convencionalmente incluso en caso de que la muerte se produjera por suicidio, pues no existía ninguna previsión en el texto ni del convenio colectivo ni del contrato de seguro que excluyera tal situación.

- Si se contempla un complemento económico en los casos en los que el trabajador causa baja definitiva en la empresa por sobrevenir una situación de incapacidad permanente derivada de enfermedad profesional ¿tienen derecho a percibir este complemento económico aquellos trabajadores que, aunque sufran una situación de Incapacidad Permanente Total para su profesión habitual, reconocida administrativamente, no han causado baja definitiva en la empresa al existir un compromiso de reclasificación profesional a su favor?

Y es que puede ocurrir que la empresa se comprometa a adscribir al trabajador a un puesto de trabajo adecuado en los casos en que, por razón de su edad o disminución de su capacidad no pueda realizar esfuerzo físico o trabajos penosos[820]. Incluso, este compromiso se extiende a determinadas situaciones, sin necesidad de que exista una situación de Incapacidad Permanente reconocida[821].

- Pero entre todos los problemas posibles, sin duda el que se plantea con más frecuencia es el relativo a la concreción de la fecha del hecho causante:

A la hora de apreciar si procede el derecho a obtener cierta mejora de la Seguridad Social pactada convencionalmente, necesariamente se ha de atender al momento en el que se reconoce la situación de IT o IP que genera las prestaciones de Seguridad Social que se van a complementar a través de las medidas de protección social complementaria, y no el momento exacto en el que acaeció el accidente del que deriva la situación de IT, IP o muerte, ni por tanto, tampoco al momento inicial en el que se detectaron los primeros síntomas de una enfermedad profesional. Entre otros muchos, cabe citar, a título de ejemplo, el caso que resuelve la STSJ de La Rioja (Sala de lo Social) de 4 de abril de 2000 (AS 2000/1966). Por tanto, la fecha del accidente, la muerte o de la declaración de incapacidad marca el momento preciso en que se concreta el riesgo asumido y por tanto, es la que determina la fecha del nacimiento de la obligación asumida en convenio colectivo. Por tanto, en el caso de que la IP derivara de una enfermedad profesional, el tipo y cuantía de la cobertura de la mejora voluntaria será la indicada en el convenio colectivo vigente en el momento en que tiene lugar la citada declaración de incapacidad declaradas en resolución administrativa o judicial firme dictada por el órgano competente o sobreviene la muerte del trabajador. Y es que una cosa es la aparición del agente lesivo o nocivo y otra muy distinta es la objetivación de la lesión o dolencia como invalidante de forma definitiva o irreversible, pues las secuelas resultantes de una dolencia no están predeterminadas en el momento

---

[820] Por ejemplo, véase el convenio colectivo para el personal laboral del Ayuntamiento Murcia (BORM 19/9/2005).

[821] Por ejemplo, en el convenio colectivo para Limpieza Municipal de Lorca S.A. se acuerda que los mayores de 59 años podrán solicitar el cambio a puestos de trabajo más acordes con sus aptitudes físicas. Estos trabajadores, cuando sea preciso, percibirán un complemento retributivo destinado a compensar la diferencia entre la retribución correspondiente a su nuevo puesto de trabajo y la retribución real que vinieran percibiendo antes del traslado por incapacidad.

de su acaecimiento, sino que dependen de múltiples factores de desarrollo incierto. Por tanto, hasta el momento en que la situación de incapacidad se reconozca expresamente no podrán exigirse las mejoras de las prestaciones de Seguridad Social que en cada caso pudieran corresponder.

- Otras veces, por medio de la interpretación jurisprudencial, se pretende corregir el alcance de determinadas cláusulas convencionales que, al ser demasiado restrictivas puede decirse que vulneran las directrices básicas que caracterizan las prestaciones de nuestro sistema de Seguridad Social.

Es cierto que la autonomía de la voluntad permite a las partes predeterminar las condiciones que estimen oportunas para poder acceder a las mejoras voluntarias asumidas convencionalmente. Ahora bien, la jurisprudencia se encuentra obligada a corregir los casos en que dichos requisitos o condicionamientos alteren o contradigan radicalmente los principios generales del Sistema de Seguridad Social a la hora de proteger determinadas contingencias. Esto es lo que ocurre por ejemplo en la situación que resuelve la STSJ de Cataluña, Sala de lo Social (AS 2003/1989), en la que se estima que el convenio colectivo introduce un elemento de arbitrariedad injustificable cuando hace depender el reconocimiento del derecho de la viuda a obtener un complemento económico de la pensión de viudedad en los casos en los que el trabajador fallezca a consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, de que el matrimonio haya durado al menos 5 años. Y es que en este caso el derecho al citado complemento no se condiciona a la antigüedad del trabajador en la empresa, sino a la antigüedad del matrimonio, circunstancia que altera radicalmente las reglas de reconocimiento de la pensión de viudedad a cargo de la Seguridad Social.

En definitiva, y a la vista de estas consideraciones, puede decirse que por le momento jueces y tribunales optan por realizar una interpretación extensiva de los compromisos empresariales relativos a la mejora de las contingencia profesionales, buscando siempre con ello proteger al trabajador como parte más débil de la relación laboral.

VIII. OTRAS MEDIDAS DE COMPLEMENTO A LAS MEJORAS SOCIALES DE NATURALEZA NO ECONÓMICA

Para terminar, no se puede olvidar hacer, por lo menos una escueta referencia a una serie de medidas que aunque no reúnen los requisitos para ser calificadas como <<mejoras voluntarias>> en la práctica sí consiguen

elevar las condiciones de vida de los trabajadores que sufren una situación de incapacidad temporal o de incapacidad permanente derivada de una enfermedad profesional.

1º) Elección del periodo vacacional

A título meramente ejemplificativo, y como muestra de lo que ocurre en el resto del país, puede señalarse que un 33,3% de los convenios de ámbito de sector (Aguardientes, Panadería, etc.) y un 28,5% de los convenios de empresa (Estacionamientos y Servicios, Culmarex, Solplast, Mancomunidad de Servicios Sociales, etc.) firmados en la Región de Murcia durante el año 2007 contempla la posibilidad de **interrumpir o suspender** el periodo de disfrute de las vacaciones cuando sobreviene una situación de Incapacidad Temporal en las fechas inicialmente previstas para el disfrute de las vacaciones En concreto el convenio colectivo para Industrias Siderometalúrgicas prevé que las vacaciones se interrumpirán en el tercer día del ingreso hospitalario del trabajador[822]. Se trata de una previsión convencional que, por el momento, en el caso de existir, no se suele hacer depender del carácter común o profesional de la contingencia, pero que nada obsta para que se reserve esta garantía sólo para los casos en los que la IT viene originada por una enfermedad profesional.

Al respecto, hay que tener en cuenta las nuevas obligaciones impuestas por la LO 3/2007 para la Igualdad Efectiva de Hombres y Mujeres, que introdujo un nuevo párrafo en el art. 38.3 ET, en virtud del cual, las situaciones de baja laboral derivadas de circunstancias relacionadas con la maternidad, necesariamente interrumpen el disfrute de las vacaciones y generan el derecho del trabajador a disfrutar los días restantes de vacaciones incluso más allá del año natural, pero esta obligación legal no se extiende a las situaciones en las que la IT deriva de situaciones distintas a aquellas relacionadas con la maternidad.

2º) Compromiso de adaptación del puesto de trabajo

Indudablemente, un claro carácter protector se aprecia en las cláusulas de los convenios colectivos por medio de las cuales la empresa se compromete a realizar una reclasificación profesional del trabajador al que se le ha

822 Curiosamente, el convenio colectivo para Ayuda a Domicilio de Molina de Segura (BORM 26/4/2007), y a pesar de lo que a primera vista puede parecer, reproduce la regla general implícita en el art. 38.3 ET, e incide expresamente en el hecho de que el acaecimiento de una situación de IT durante el disfrute de las vacaciones no las interrumpe.

reconocido una incapacidad permanente total para su profesión habitual. Así sucede por ejemplo, en los casos de trabajadores con la capacidad disminuida en los que la dirección de la empresa se compromete a buscar para el trabajador una ubicación acorde con la situación sobrevenida del trabajador[823], obligación que normalmente se asume al mismo tiempo que la empresa se compromete a adaptar el puesto de trabajo en caso de retirada temporal del carnet de conducir (aunque esta última previsión no guarde relación alguna con las enfermedades profesionales)[824].

3º) Permisos retribuidos

En ocasiones, la mejora de la protección convencional de las situaciones de accidente de trabajo y enfermedad profesional no se produce en atención al propio trabajador que sufre la contingencia, sino en beneficio de sus familiares.

El art. 37.3 ET contempla que el trabajador, previo aviso y justificación, podrá ausentarse del trabajo con derecho a remuneración durante dos días en caso de fallecimiento, accidente o enfermedad graves u hospitalización de parientas hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, pero esta previsión legal tan sólo está estableciendo un derecho mínimo que, como tal, puede ser mejorado[825].

---

823 Véase por ejemplo el convenio colectivo para Limpieza Pública Viaria de la Región de Murcia y el convenio colectivo para el personal laboral del Ayuntamiento de Murcia (BORM 19/9/2005). Similar previsión establece el art. 11 del convenio Colectivo de Gallina Blanca, S.A. BOE 2/10/2007), según el cual "La dirección, previo informe de los representantes legales del personal, certificaciones facultativas, análisis de rendimientos o examen práctico llevado a cabo al efecto, podrá destinar al personal, que por cualquier circunstancia haya perdido o disminuido su capacidad laboral para la actividad que venía desempeñando, a otros trabajos de nivel o categoría profesional inferior, antes de recurrir a la rescisión del contrato de trabajo por las causas citadas. Se asimilará a estas circunstancias la privación del permiso de conducir vehículos, siempre y cuando sea imprescindible para la realización de sus funciones. Cuando la incapacidad parcial hubiera sido producida por accidente de trabajo, aunque la persona deba desempeñar un puesto de nivel profesional o categoría inferior, la empresa continuará satisfaciéndole el sueldo de su nivel profesional o categoría".

824 Entre otros, convenios colectivos para Transportes Viajeros y Limpieza Pública Viaria de la Región de Murcia.

825 Mejorando esta previsión legal, el 72,72% de los convenios colectivos de sector firmados en la Región de Murcia durante el año 2007 amplían expresamente estas licencias. Y lo hacen de la siguiente forma. Un 62,5% de los convenios estudiados elevan de dos a tres días el permiso previsto en el art. 37.3 ET en estos casos. Excepcionalmente, la duración de dicho permiso retribuido puede ser todavía mayor. Sirva como ejemplo el convenio colectivo de Industrias Aguardientes de la Región de Murcia, que prevé la posibilidad de disfrutar de 4 días de permiso en estas situaciones. Otras veces este permiso se eleva a 5 días (Industria Siderometalúrgica BORM 7/11/07) o a 6 días (Empleados de Fincas Urbanas, BORM 14/9/07).

Pero aunque es muy frecuente que por medio de la negociación colectiva se amplíe la duración de las licencias en caso de hospitalización, accidente o fallecimiento de familiares, por el momento estas previsiones no se limitan únicamente a mejorar las situaciones en las que la hospitalización o la enfermedad grave de un familiar de un trabajador de la empresa venga exclusivamente derivada de una "enfermedad profesional", aunque sin duda tal contingencia quedaría subsumida en este tipo de ampliación convencional de los permisos retribuidos[826].

IX. CONCLUSIONES

Es imprescindible concluir con la misma consideración con la que se comentó este análisis de las mejoras convencionales de las enfermedades profesionales, resaltando por tanto de nuevo la idea que la implantación de las mejoras sociales de las contingencias profesionales a través de la negociación colectiva no es sencilla, pues no obedece tan sólo a la intencionalidad de la empresa, sino que la asunción de estos compromisos se encuentra estricta e inseparablemente vinculada a la disponibilidad económica de cada sector o empresa.

Teniendo en cuenta la importante carga económica que siempre implica cualquier tipo de mejora complementaria que se pueda implantar en la empresa, es particularmente importante resaltar que las prestaciones complementarias, tanto las que están orientadas a mejorar la atención a la salud de los trabajadores de la empresa, como cualquier otra técnica de acción social, quedan beneficiadas de las deducciones fiscales que prevé el Real Decreto Legislativo 4/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Impuesto sobre Sociedades. En concreto, en su Capítulo IV se enumeran una serie de <<*Deducciones para incentivar la realización de determinadas actividades*>>, que se aplicarán sobre la *cuota íntegra* del impuesto de sociedades, entre las que se encuentran las acciones de acción social o de complemento a las prestaciones de Seguridad Social llevadas a cabo por las empresas. De tal manera, estas medidas de protección social complementaria, tanto si se prestan en forma de servicios como si

826 De la misma forma, también es excepcional que lo que se amplíe sea el abanico de parientes que generan dicho derecho. Y es que el art. 37.3 ET únicamente hace referencia al cónyuge, y a los parientes hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad. Por ejemplo, de los convenios colectivos negociados en la Región de Murcia durante el año 2007, tan sólo Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste extiende esta licencia hasta los parientes en 3º grado.

revisten la forma de una dotación económica, e incluso en los casos en los que, por su naturaleza, queden sometidas a la obligación de exteriorización que impone el RD Leg. 1/2002, gozan de unas deducciones fiscales que pretenden que no supongan un coste excesivo para la empresa que las otorga[827]. Y es

[827] En concreto, el art. 43 del Real Decreto Legislativo 4/2004 regula la <<Deducción por contribuciones empresariales a planes de pensiones de empleo, a mutualidades de previsión social que actúen como instrumento de previsión social empresarial, a planes de previsión social empresarial o por aportaciones a patrimonios protegidos de las personas con discapacidad>>.

"1. El sujeto pasivo podrá practicar una deducción en la cuota íntegra del 10 % de las contribuciones empresariales imputadas a favor de los trabajadores con retribuciones brutas anuales inferiores a 27.000 euros, siempre que tales contribuciones se realicen a planes de pensiones de empleo, a planes de previsión social empresarial, a planes de pensiones regulados en la Directiva 2003/41/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de junio de 2003, relativa a las actividades y la supervisión de fondos de pensiones de empleo y a mutualidades de previsión social que actúen como instrumento de previsión social de los que sea promotor el sujeto pasivo.

2. Asimismo, el sujeto pasivo podrá practicar una deducción en la cuota íntegra del 10 % de las aportaciones realizadas a favor de patrimonios protegidos de los trabajadores con retribuciones brutas anuales inferiores a 27.000 euros, o de sus parientes en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive, de sus cónyuges o de las personas a cargo de dichos trabajadores en régimen de tutela o acogimiento regulados en la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad y de Modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad, de acuerdo con las siguientes reglas:

a. Las aportaciones que generen el derecho a practicar la deducción prevista en este apartado no podrán exceder de 8.000 euros anuales por cada trabajador o persona discapacitada.

b. Las aportaciones que excedan del límite previsto en la letra anterior darán derecho a practicar la deducción en los cuatro períodos impositivos siguientes, hasta agotar, en su caso, en cada uno de ellos el importe máximo que genera el derecho a deducción.

Cuando concurran en un mismo período impositivo deducciones en la cuota por aportaciones efectuadas en el ejercicio, con deducciones pendientes de practicar de ejercicios anteriores se practicarán, en primer lugar, las deducciones procedentes de las aportaciones de los ejercicios anteriores, hasta agotar el importe máximo que genera el derecho a deducción.

c. *Tratándose de aportaciones no dinerarias se tomará como importe de la aportación el que resulte de lo previsto en el artículo 18 de la Ley 49/2002, de 23 de diciembre, de régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo".*

precisamente esta ventaja la que se desconoce en muchas ocasiones, y desincentiva, sobre todo a las PYME, a asumir compromisos de mejora de las distintas contingencias que puedan sufrir sus trabajadores.

En definitiva, aunque en estas líneas se haya intentado realizar una síntesis de las distintas formas y finalidades de la protección convencional de las contingencias profesionales, hay que tener presente que nunca se habrá podio cerrar totalmente el catálogo de medidas de acción social destinadas a mejorar la protección que el sistema de Seguridad social ofrece ante las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo. Es prácticamente infinito el número de situaciones personales del trabajador sobre las que la negociación colectiva se puede pronunciar. Siempre existirán nuevos conceptos o nuevas técnicas de acción social destinadas a elevar la calidad de vida de los trabajadores, respondiendo ante determinadas situaciones personales en las que se puede apreciar que existe alguna forma de necesidad, y es que existe un abanico extremadamente variad de posibles formas de cobertura que, especialmente en forma de servicios, pueden complementarse las presiones que nuestro ordenamiento jurídicos prevé en casos de IT, IP muerte o supervivencia derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

ANEXOS NORMATIVOS

ANEXO 1. CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.

Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.

Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

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

CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES (CODIFICACIÓN)

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
1					Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos
	A				METALES
		01			Arsénico y sus compuestos
					Preparación, empleo y manipulación del arsénico y sus compuestos, y especialmente:
			01	1A0101	Minería del arsénico, fundición de cobre, producción y uso de pesticidas arsenicales, herbicidas e insecticidas, producción de vidrio.
			02	1A0102	Calcinación, fundición y refino de minerales arseníferos.
			03	1A0103	Fabricación y empleo de insecticidas y

					anticriptográmicos que contengan compuestos de arsénico.
			04	1A0104	Fabricación y empleo de colorantes y pinturas que contengan compuestos de arsénico.
			05	1A0105	Tratamiento de cueros y maderas con agentes de conservación a base de compuestos arsenicales.
			06	1A0106	Conservación de pieles.
			07	1A0107	Pirotecnia.
			08	1A0108	Procesos o procedimientos que impliquen el uso y/o desprendimiento de trihidruro de arsénico (hidrógeno arseniado/arsina/arsenamina).
			09	1A0109	Industria farmacéutica.
			10	1A0110	Preparación del ácido sulfúrico partiendo de piritas arseníferas.
			11	1A0111	Empleo del anhídrido arsenioso en la fabricación del vidrio.
			12	1A0112	Fabricación de acero al silicio.
			13	1A0113	Desincrustado de calderas.
			14	1A0114	Decapado de metales.
			15	1A0115	Limpieza de metales.
			16	1A0116	Revestimiento electrolítico de metales.
			17	1A0117	Industria de caucho.
			18	1A0118	Fabricación y utilización de insecticidas, herbicidas y fungicidas.
			19	1A0119	Industria de colorantes arsenicales.
			20	1A0120	Aleación con otros metales (Pb). Refino de Cu, Pb, Zn, Co (presente como impureza).
			21	1A0121	Producción de cobre.
			22	1A0122	Industria de la madera: imprimación de madera con sales de arsénico, mecanización de maderas imprimadas con compuestos de arsénico.
			23	1A0123	Fabricación de vidrio: preparación y mezcla de la pasta, fusión y colada, manipulación de aditivos.
			24	1A0124	Taxidermia.

			25	1A0125	Restauradores de arte.
			26	1A0126	Utilización de compuestos arsenicales en electrónica.
			27	1A0127	Fabricación de municiones y baterías de polarización.
		02			Berilio (glucinio) y sus compuestos
					Manipulación y empleo del berilio y sus compuestos (fluoruro doble de glucinio y sodio), y especialmente:
			01	1A0201	Extracción y metalurgia de berilio, industria aeroespacial, industria nuclear.
			02	1A0202	Extracción del berilio de los minerales.
			03	1A0203	Preparación de aleaciones y compuestos de berilio.
			04	1A0204	Fabricación de cristales, cerámicas, porcelanas y productos altamente refractarios.
			05	1A0205	Fabricación de barras de control de reactores nucleares.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
		03			Cadmio y sus compuestos:
					Preparación y empleo industrial de cadmio, y especialmente:
			01	1A0301	Preparación del cadmio por procesado del zinc, cobre o plomo.
			02	1A0302	Fabricación de acumuladores de níquelcadmio.
			03	1A0303	Fabricación de pigmentos cadmíferos para pinturas, esmaltes, materias plásticas, papel, caucho, pirotecnia.
			04	1A0304	Fabricación de lámparas fluorescentes.
			05	1A0305	Cadmiado electrolítico.
			06	1A0306	Soldadura y oxicorte de piezas con cadmio.
			07	1A0307	Procesado de residuos que contengan cadmio.

			08	1A0308	Fabricación de barras de control de reactores nucleares.
			09	1A0309	Fabricación de células fotoeléctricas.
			10	1A0310	Fabricación de varillas de soldadura.
			11	1A0311	Trabajos en horno de fundición de hierro o acero.
			12	1A0312	Fusión y colada de vidrio.
			13	1A0313	Aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan cadmio.
			14	1A0314	Barnizado y esmaltado de cerámica.
			15	1A0315	Tratamiento de residuos peligrosos en actividades de saneamiento público.
			16	1A0316	Fabricación de pesticidas.
			17	1A0317	Fabricación de amalgamas dentales.
			18	1A0318	Fabricación de joyas.
		04			Cromo trivalente y sus compuestos
					Preparación, empleo y manipulación de los compuestos de cromo, en especial los cromatos, dicromatos alcalinos y el ácido crómico, principalmente:
			01	1A0401	Fabricación de catalizadores, productos químicos para la curtición, y productos de tratamiento de la madera que contengan compuestos de cromo.
			02	1A0402	Fabricación y empleo de pigmentos, colorantes y pinturas a base de compuestos de cromo.
			03	1A0403	Aserrado y mecanizado de madera tratada con compuestos de cromo.
			04	1A0404	Aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan cromo.
			05	1A0405	Curtido al cromo de pieles.
			06	1A0406	Preparación de clichés de fotograbado por coloides bicromados.
			07	1A0407	Fabricación de cerillas o fósforos.
			08	1A0408	Galvanoplastia y tratamiento de superficies de metales con cromo.
			09	1A0409	Decapado y limpieza de metales y vidrios (ácido sulfocrómico o ácido crómico).

			10	1A0410	Fabricación de cromatos alcalinos.
			11	1A0411	Litograbados.
			12	1A0412	Fabricación de aceros inoxidables.
			13	1A0413	Trabajos que implican soldadura y oxicorte de aceros inoxidables.
			14	1A0414	Fabricación de cemento y sus derivados.
			15	1A0415	Procesado de residuos que contengan cromo.
		05			Fósforo y sus compuestos
					Preparación, empleo y manipulación del fósforo, y especialmente:
			01	1A0501	Fabricación, empleo y manipulación del fósforo blanco.
			02	1A0502	Fabricación del fósforo rojo.
			03	1A0503	Procesos en que puede producirse fosfina, tales como la generación de acetileno, la limpieza de metales con ácido fosfórico, etc.
			04	1A0504	Fabricación de cerillas.
			05	1A0505	Fabricación y utilización de insecticidas o rodenticidas.
			06	1A0506	Utilización del fósforo, del ácido fosfórico y de compuestos inorgánicos de fósforo en las industrias química, farmacéutica, gráfica y en la producción de productos agrícolas.
			07	1A0507	Extracción del fósforo de los minerales que lo contienen y de los huesos.
			08	1A0508	Fabricación y utilización de ferrosilicio, manganosiliceo, carburos de calcio y de cianamida cálcica cuando contienen residuos de fósforo y cuando esas operaciones se hacen en presencia de humedad.
			09	1A0509	Fabricación de explosivos y detonadores.
		06			Manganeso y sus compuestos
					Extracción, preparación, transporte, manipulación y empleo del manganeso y sus compuestos, y especialmente:

			01	1A0601	Extracción, manipulación, transporte y tratamiento de la pirolusita, la manganita, el silomelano y la rodoprosita.
			02	1A0602	Fabricación de aleaciones ferrosas y no ferrosas con bióxido de manganeso, especialmente ferromanganeso (acero Martin-Siemens).
			03	1A0603	Fabricación de pilas secas.
			04	1A0604	Fabricación de vidrio al manganeso.
			05	1A0605	Fabricación de briquetes de manganeso.
			06	1A0606	Soldadura con compuestos del manganeso.
			07	1A0607	Preparación de esmaltes.
			08	1A0608	Preparación de permanganato potásico.
			09	1A0609	Fabricación de colorantes y secantes que contengan compuestos de manganeso.
			10	1A0610	Envejecimiento de tejas.
			11	1A0611	Manipulación y transporte de escorias Thomas.
			12	1A0612	Preparación, utilización, manutención y transportes de abonos con sulfato de manganeso.
			13	1A0613	Fabricación de baterías.
			14	1A0614	Industria química como agente oxidante, preparación de oxígeno, cloro, fabricación de aditivos alimentarios; utilización como agente antidetonante.
			15	1A0615	Soldadura con electrodos de manganeso.
			16	1A0616	Curtido de pieles.
			17	1A0617	Uso de compuestos órgano mangánicos como aditivos de fuel oil y algunas naftas sin plomo.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas

		07			Mercurio y sus compuestos
					Extracción, tratamiento, preparación, empleo y manipulación del mercurio, de sus amalgamas, de sus combinaciones y de todo producto que lo contenga, y especialmente:
			01	1A0701	Extracción y recuperación del metal en las minas y en los residuos industriales.
			02	1A0702	Tratamiento de minerales auríferos y argentíferos.
			03	1A0703	Dorado, plateado, estañado, bronceado y damasquinado con ayuda del mercurio o sus sales.
			04	1A0704	Electrólisis con mercurio.
			05	1A0705	Producción electrolítica de clorina.
			06	1A0706	Preparación de zinc amalgamado para pilas eléctricas.
			07	1A0707	Fabricación y reparación de acumuladores eléctricos de mercurio.
			08	1A0708	Fabricación de baterías.
			09	1A0709	Fabricación y reparación de termómetros, barómetros, bombas de mercurio, lámparas de incandescencia, lámparas radiofólicas, tubos radiográficos, rectificadores de corriente y otros aparatos que lo contengan.
			10	1A0710	Trabajos en laboratorios de fotografía
			11	1A0711	Empleo del mercurio o de sus compuestos como catalizadores.
			12	1A0712	Preparación y utilización de amalgamas y compuestos del mercurio.
			13	1A0713	Fabricación y empleo de pigmentos y pinturas anticorrosivas a base de cinabrio.
			14	1A0714	Preparación y tratamiento del pelo en pieles y materias análogas.
			15	1A0715	Preparación y empleo de fungicidas para la conservación de los granos.
			16	1A0716	Fabricación y empleo de cebos de fulminatos de mercurio.

			17	1A0717	Preparación de especialidades farmacéuticas que lo contengan.
		08			Níquel y sus compuestos
			01	1A0801	Fundición y refino de níquel, producción de acero inoxidable, fabricación de baterías.
			02	1A0802	Producción de níquel por el proceso Mond.
			03	1A0803	Niquelado electrolítico de los metales.
			04	1A0804	Trabajos de bisutería.
			05	1A0805	Fabricación de aleaciones con níquel (cobre, manganeso, zinc, cromo, hierro, molibdeno).
			06	1A0806	Fabricación de aceros especiales al níquel (ferroniquel).
			07	1A0807	Fabricación de acumuladores al níquel-cadmio.
			08	1A0808	Empleo como catalizador en la industria química.
			09	1A0809	Trabajos que implican soldadura y oxicorte de acero inoxidable.
			10	1A0810	Trabajos en horno de fundición de hierro y de acero inoxidable.
			11	1A0811	Desbarbado y limpieza de piezas de fundición.
			12	1A0812	Industria de cerámica y vidrio.
			13	1A0813	Aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan níquel.
			14	1A0814	Procesado de residuos que contengan níquel.
		09			Plomo y sus compuestos
					Extracción, tratamiento, preparación y empleo del plomo, sus minerales, sus aleaciones, sus combinaciones y de todos los productos que lo contengan, y especialmente:
			01	1A0901	Extracción, tratamiento, metalurgia, refinado, fundición, laminado y vaciado del plomo, de sus aleaciones y de metales plumbíferos.
			02	1A0902	Fabricación, soldadura, rebabado y

					pulido de objetos de plomo o sus aleaciones.
			03	1A0903	Estañado con ayuda de aleaciones de plomo.
			04	1A0904	Recuperación de plomo viejo y de metales plumbíferos.
			05	1A0905	Fabricación de zinc; fusión de zinc viejo y de plomo en lingotes.
			06	1A0906	Temple en baño de plomo y trefilado de los aceros templados en el baño de plomo.
			07	1A0907	Revestimiento de metales por pulverización de plomo o el llenado de vacíos.
			08	1A0908	Fabricación y reparación de acumuladores de plomo.
			09	1A0909	Fabricación de municiones y artículos pirotécnicos.
			10	1A0910	Fabricación y aplicación de pinturas, lacas, barnices o tintas a base de compuestos de plomo.
			11	1A0911	Trabajos con soplete de materias recubiertas con pinturas plumbíferas.
			12	1A0912	Trabajos de fontanería.
			13	1A0913	Trabajos de imprenta.
			14	1A0914	Cromolitografía efectuada con polvos plumbíferos.
			15	1A0915	Talla de diamantes donde se usen *gotas* de plomo.
			16	1A0916	Industria del vidrio.
			17	1A0917	Industria de la cerámica y alfarería.
			18	1A0918	Industria de la construcción.
			19	1A0919	Fabricación y manipulación de los óxidos y sales de plomo.
			20	1A0920	Utilización de compuestos orgánicos de plomo en la fabricación de materias plásticas.
			21	1A0921	Fabricación y manipulaciónde derivadosalcoilados del plomo (plomo tetrametilo,plomo tetraetilo):preparacióny manipulaciónde

					las gasolinas que los contengan y limpieza de los tanques.
			22	1A0922	Preparación y empleo de insecticidas con compuestos de plomo.
		10			Talio y sus compuestos.
			01	1A1001	Extracción del talio de minerales de pirita.
			02	1A1002	Preparación, manipulación y empleo de rodenticidas.
			03	1A1003	Producción y empleo de sales de talio.
			04	1A1004	Utilización del talio y sus compuestos en la industria farmacéutica, industria del vidrio, en la fabricación de colorantes y pigmentos y en la pirotecnia.
			05	1A1005	Fabricación de células fotoeléctricas sensibles al infrarrojo.
		11			Vanadio y sus compuestos
					Obtención y empleo del vanadio y sus compuestos o de productos que lo contengan y especialmente:
			01	1A1101	Producción de vanadio metálico.
			02	1A1102	Empleo de óxidos de vanadio como catalizadores en procesos de oxidación de la industria química y como reveladores y sensibilizadores fotográficos.
			03	1A1103	Limpiezas de calderas y tanques, hornos de fueloil.
			04	1A1104	Preparación de pentóxidos de vanadio usado, entre otros fines, en la producción de minerales de aluminio.
			05	1A1105	Fabricación de ferrovanadio.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
	B				METALOIDES
		01			Antimonio y derivados.
					Trabajos que exponen a la inhalación de

					polvos, humos y vapores de antimonio, en especial:
			01	1B0101	Extracción de minerales que contienen antimonio y sus procesos de molienda, tamizado y concentrado.
			02	1B0102	Envasado del óxido de antimonio.
			03	1B0103	Soldadura con antimonio.
			04	1B0104	Fabricación de semiconductores.
			05	1B0105	Fabricación de placas para baterías y material para forrado de cables.
			06	1B0106	Fabricación de pinturas, barnices, cristal, cerámica (pentóxido de antimonio).
			07	1B0107	Fabricación de explosivos y de pigmentos para la industria del caucho (trisulfuro de antimonio).
			08	1B0108	Uso en la industria del caucho y farmacéutica (pentacloruro de antimonio).
			09	1B0109	Fabricación de colorantes y uso en cerámica (trifluoruro de antimonio).
	C				HALOGENOS
		01			Bromo y sus compuestos inorgánicos
					Producción, empleo y manipulación del bromo y de sus compuestos inorgánicos, y principalmente:
			01	1C0101	Producción del bromo por desplazamiento del cloro.
			02	1C0102	Producción de compuestos inorgánicos del bromo.
			03	1C0103	Fabricación de aditivos combustibles.
			04	1C0104	Utilización de bromuros inorgánicos como agentes reductores y catalizadores.
			05	1C0105	Industria fotográfica.
			06	1C0106	Agente de blanqueo.
			07	1C0107	Desinfección del agua.
			08	1C0108	Compuesto antidetonante de la gasolina.
			09	1C0109	Extracción de oro.

			10	1C0110	Industria química y farmacéutica.
		02			Cloro y sus compuestos inorgánicos Producción, empleo y manipulación del cloro y de sus compuestos inorgánicos, y principalmente:
			01	1C0201	Proceso electrolítico de producción de cloro.
			02	1C0202	Extracción y licuefacción del cloro.
			03	1C0203	Transporte y manipulación del cloro licuado.
			04	1C0204	Fabricación de derivados clorados en la industria química y farmacéutica.
			05	1C0205	Procesos de blanqueo y decoloración en las industrias, textil, papelera y de fibras artificiales.
			06	1C0206	Utilización de cloro en tratamiento de aguas.
			07	1C0207	Pirotecnia.
			08	1C0208	Fabricación de cerillas y fulminantes.
			09	1C0209	Empleo como herbicida y defoliante.
		03			Flúor y sus compuestos
					Extracción de minerales fluorados, fabricación del ácido fluorhídrico, manipulación y empleo de él o de sus derivados, y especialmente:
			01	1C0301	Extracción de los compuestos de flúor de los minerales (espatoflúor y criolita).
			02	1C0302	Fabricación del aluminio.
			03	1C0303	Fabricación de compuestos de flúor orgánicos e inorgánicos.
			04	1C0304	Utilización de los compuestos de flúor en la extracción y refinado de metales (del níquel, del cobre, del oro, de la plata).
			05	1C0305	Empleo de los fluoruros en las fundiciones y para recubrir las varillas soldadoras.
			06	1C0306	Empleo de ácido fluorhídrico en los procesos químicos como agente de ataque (industria del vidrio, decapado de metales, limpieza del grafito, de los

					metales, de los cristales, etc.) y como catalizador.
			07	1C0307	Empleo de fluoruros como mordiente en el tintado de lana.
			08	1C0308	Empleo de fluoruros como agente de blanqueo.
			09	1C0309	Utilización en la industria alimenticia (conservas de jugos de frutas, azúcares, espirituosos, fermentación de la cerveza, etc.).
			10	1C0310	Empleo de compuestos de flúor como insecticida, pesticida, rodenticida y para conservación de la madera.
			11	1C0311	Tratamiento de cueros y pieles.
		04			Yodo y sus compuestos inorgánicos
					Producción, empleo y manipulación de yodo y de sus compuestos inorgánicos, y especialmente:
			01	1C0401	Utilización del yodo como agente oxidante.
			02	1C0402	Extracción del yodo a partir de algas, del salitre de Chile, y en el curso de ciertas operaciones como el refinado de petróleo.
			03	1C0403	Utilización en la industria química, farmacéutica y fotográfica.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
	D				ÁCIDOS INORGÁNICOS
		01			Ácido nítrico
			01	1D0101	Fabricación de ácido nítrico.
			02	1D0102	Producción de abonos orgánicos, explosivos, nitrocelulosa, seda artificial y cuero sintético, barnices, lacas, colorantes y colodium.
			03	1D0103	Decapado, fijación, mordentado, afinado damasquinado, revestimiento electrolítico de metales.
			04	1D0104	Grabado al agua fuerte.

			05	1D0105	Fabricación de fieltros y perlas de vidrio.
			06	1D0106	Producción de nitratos metálicos, ácidos oxálicos, ftálico o sulfúrico, de nitritos y ácidos nitrosos, de trinitrofenol, de trinitrotolueno, de nitroglicerina, de dinitrato de etilenglicol.
			07	1D0107	Fabricación de joyas, industria farmacéutica y ciertos procedimientos de impresión.
		02			Ácido sulfúrico y óxidos de azufre Anhídrido sulfuroso (dióxido de azufre):
			01	1D0201	Producción de ácido sulfúrico.
			02	1D0202	Refino de minerales ricos en azufre.
			03	1D0203	Procesos en que interviene la combustión de carbones ricos en azufre.
					Ácido sulfúrico:
			04	1D0204	Producción, almacenamiento y manipulación de ácido sulfúrico.
			05	1D0205	Fabricación de papel encerado.
			06	1D0206	Industria de explosivos.
			07	1D0207	Refinado de aceites vegetales.
			08	1D0208	Carbonizado de tejidos de lana.
			09	1D0209	Purificación de petróleo.
			10	1D0210	Usos como ácido para acumulador en la electrolisis, en la industria química (producción de abonos) y laboratorios.
					Dióxido de azufre:
			11	1D0211	Combustión del azufre (carburantes fósiles) y refinerías de minerales metálicos.
			12	1D0212	Usos como refrigerante, vulcanización de caucho, agente de blanqueo y para la producción de ácido sulfúrico.
					Trióxido sulfúrico:
			13	1D0213	Producto intermediario en la producción del ácido sulfúrico y del oleum; se utiliza para la sulfonación de los ácidos orgánicos.

		03			Ácido sulfhídrico
			01	1D0301	Trabajos en fosas de putrefacción de mataderos o instalaciones de curtidos.
			02	1D0302	Trabajos de exhumación de cadáveres.
			03	1D0303	Trabajos de alcantarillado y cloacas.
			04	1D0304	Trabajos subterráneos.
			05	1D0305	Excavaciones.
			06	1D0306	Enriado de cáñamo y del esparto.
			07	1D0307	Procesos de la industria química en que interviene el hidrógeno sulfurado.
			08	1D0308	Fabricación de fibras textiles sintéticas.
			09	1D0309	Refinerías de petróleo.
			10	1D0310	Fabricación de gases industriales.
			11	1D0311	Refinerías de azúcar.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
		04			Ácido cianhídrico, cianuros, compuestos de cianógeno y acrilonitrilos.
			01	1D0401	Preparación de ácido cianhídrico líquido, cianuros, ferrocianuros y otros derivados.
			02	1D0402	Utilización del ácido cianhídrico gaseoso en la lucha contra los insectos parásitos en agricultura y contra los roedores.
			03	1D0403	Obtención de metales preciosos (oro y plata) por cianuración.
			04	1D0404	Fabricación de joyas.
			05	1D0405	Empleo de cianuro en las operaciones de galvanoplastia (niquelado, cadmiado, cobrizado, etc.)
			06	1D0406	Tratamiento térmico de piezas metálicas.
			07	1D0407	Fabricación de *plexiglás* (acetonacianhidrina).
			08	1D0408	Utilización de acrilonitrilo como

					pesticida.
			09	1D0409	Fabricación y manipulación de cianamida cálcica y su utilización como abono.
			10	1D0410	Producción de acrilatos, sales de amonio, cianógeno y otras sustancias químicas de síntesis.
			11	1D0411	Fabricación de limpia metales.
			12	1D0412	Fabricación de colorantes, pigmentos plásticos y fibras sintéticas.
			13	1D0413	Emisiones gaseosas en los altos hornos, hornos de coque o combustión de espumas de poliuretano.
			14	1D0414	Uso en laboratorio.
	E				ÁCIDOS ORGÁNICOS
		01			Ácido fórmico, ácido acético, ácido oxálico, ácido abiético, ácido plicático, etc.
			01	1E0101	Fabricación de ácidos orgánicos y de sus sales.
			02	1E0102	Utilización en la industria textil.
			03	1E0103	Utilización en la industria química.
			04	1E0104	Utilización en la industria alimentaria.
			05	1E0105	Utilización en la industria farmacéutica y cosmética.
			06	1E0106	Empleo en la industria metalúrgica, del caucho y en fotografía.
			07	1E0107	Fabricación de productos quitamanchas.
			08	1E0108	Fabricación del ácido acetilsalicílico.
			09	1E0109	Utilización en la limpieza ácida de metales.
			10	1E0110	Utilización en el electroplateado de metales.
			11	1E0111	Utilización en la industria textil.
			12	1E0112	Fabricación y utilización de adhesivos y resinas.
			13	1E0113	Utilización en la industria papelera.
			14	1E0114	Utilización en la industria del plástico.
			15	1E0115	Utilización como desinfectantes y

					herbicidas.
			16	1E0116	Utilización como reactivos de laboratorio.
					El ácido fórmico puede aparecer además en:
			17	1E0117	La industria del cuero como neutralizador, para teñir, eliminar el pelo, etc.
			18	1E0118	La preparación de cables para soldadura.
			19	1E0119	La industria de la electrónica.
					El ácido acético puede aparecer además en:
			20	1E0120	Utilización en litografía.
			21	1E0121	Disolvente de barnices y pinturas.
					El ácido propiónico puede aparecer además en:
			22	1E0122	Utilización como fungicida.
			23	1E0123	Utilización como preservadores del grano y la madera

.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
	F				ALCOHOLES Y FENOLES
		01			Alcoholes
			01	1F0101	Utilización en las síntesis orgánicas.
			02	1F0102	Fabricación de alcohol y sus compuestos halogenados.
			03	1F0103	Fabricación del formaldehído.
			04	1F0104	Fabricación y utilización de disolventes o diluyentes para los colorantes, pinturas, lacas, barnices, resinas naturales y sintéticos, desengrasantes y quitamanchas.
			05	1F0105	Fabricación y utilización de barnices y capas aislantes para la industria eléctrica (diacetona-alcohol, alcohol acetona).

			06	1F0106	Fabricación de colores de anilina (metanol).
			07	1F0107	Industria de cosméticos, perfumes, jabones y detergentes.
			08	1F0108	Fabricación de esencia de frutas.
			09	1F0109	Industria farmacéutica.
			10	1F0110	Fabricación de líquidos anticongelantes, de líquidos de frenos hidráulicos, de lubrificantes sintéticos, etc.
			11	1F0111	Industria del caucho y de los cueros sintéticos.
			12	1F0112	Industria de fibras textiles artificiales.
			13	1F0113	Industria de explosivos.
			14	1F0114	Industria de la refinería de petróleo.
			15	1F0115	Utilización de alcoholes como agentes deshidratantes o antigerminativos
		02			Fenoles, homólogos y sus derivados halógenos, pentaclorofenol, hidroxibenzonitrilo 01 1F0201 Fabricación de derivados, particularmente los explosivos (derivados nitrados).
			02	1F0202	Fabricación de baquelita poliepóxido y policarbonatos.
			03	1F0203	Tratamiento de maderas
			04	1F0204	Industrias de las fibras sintéticas (poliamidas, etc.).
			05	1F0205	Refino del petróleo
			06	1F0206	Fabricación de detergentes, colorantes, aditivos para aceites, etc.
			07	1F0207	Fabricación y manipulación de pesticidas y productos para el control de malezas
			08	1F0208	Industria farmacéutica.
			09	1F0209	Tratamiento de brea de hulla, de gas de alumbrado y para el calentamiento de ciertas materias plásticas.
			10	1F0210	Síntesis química de productos.
			11	1F0211	Fabricación de pigmentos.
	G				ALDEHÍDOS

		01			Aldehídos: acetaldehído, aldehído acrílico, aldehído benzoico, formaldehído y el glutaraldehído
			01	1G0101	Fabricación de aldehídos y sus compuestos.
			02	1G0102	Empleo en la industria química, textil y farmacéutica, cosmética, alimenticia.
			03	1G0103	Productos intermedios en numerosos procesos de síntesis orgánica.
			04	1G0104	Fabricación de desinfectantes, tintes, productos farmacéuticos, perfumes, explosivos, potenciadores del sabor, resinas, antioxidantes, barnices, levaduras, productos fotográficos, caucho, plásticos, polímeros de alto peso molecular, plaguicidas, etc.
			05	1G0105	Utilización como disolventes.
			06	1G0106	Utilización como herbicidas y pesticidas.
			07	1G0107	Utilización como desinfectantes.
			08	1G0108	Utilización del formaldehído en esterilización y desinfección.
			09	1G0109	Utilización del formol como agente desinfectante, desodorante, bactericida, etc.
			10	1G0110	Utilización del acetaldehído en la fabricación del vinagre y en el azogado de espejos.
			11	1G0111	Utilización de la acroleína en las fabricas de jabón, en la galvanoplastia, en la soldadura de piezas metálicas.
			12	1G0112	El uso de adhesivos y colas con polímeros de formol puede implicar exposición a formaldehído.
			13	1G0113	La combustión de combustibles fósiles, madera y el calentamiento de aceites produce acroleína.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
	H				ALIFÁTICOS

		01			Hidrocarburos alifáticos saturados o no; cíclicos o no, constituyentes del éter, del petróleo y de la gasolina. Saturados: alcanos, parafinas.
			01	1H0101	Destilación y refinado del petróleo
			02	1H0102	El "cracking" y el "reforming", procedimientos destinados esencialmente a modificar la estructura de los hidrocarburos.
			03	1H0103	Utilización de los productos de destilación como disolventes, carburantes, combustibles y desengrasantes.
			04	1H0104	El n-hexano se utiliza principalmente como disolvente (colas).
		02			Derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos, saturados o no, cíclicos o no. Bromuro de metilo, cloruro de vinilo monómero Preparación, manipulación y empleo de los hidrocarburos clorados y bromados de la serie alifática y de los productos que lo contengan, y especialmente:
			01	1H0201	Empleo como agentes de extracción y como disolventes.
			02	1H0202	Desengrasado y limpieza de piezas metálicas, como productos de limpieza y desengrasado en tintorerías.
			03	1H0203	Fabricación y reparación de aparatos e instalaciones frigoríficas
			04	1H0204	Utilización de pesticidas.
			05	1H0205	Fabricación de ciertos desinfectantes, anestésicos, antisépticos y otros productos de la industria farmacéutica y química.
			06	1H0206	Fabricación y utilización de pinturas, disolventes, decapantes, barnices, látex, etc.
			07	1H0207	Reparación y relleno de aparatos extintores de incendio.
			08	1H0208	Preparación y empleo de lociones de peluquería.
			09	1H0209	Fabricación de polímeros de síntesis.

			10	1H0210	Refino de aceites minerales.
			11	1H0211	Uso en anestesia quirúrgica.
			12	1H0212	Empleo de bromuro de metilo para el tratamiento de vegetales en bodegas, cámaras de fumigación, contenedores, calas de barcos, camiones cubiertos, entre otros.
			13	1H0213	Uso del bromuro de metilo en la agricultura para el tratamiento de parásitos del suelo.
			14	1H0214	Uso del bromuro de metilo con fines sanitarios de desinsectación y desratización de edificios.
			15	1H0215	Trabajos de síntesis de policloruro de vinilo (PVC) que exponen al monómero.
	I				AMINAS E HIDRACINAS
		01			Aminas (primarias, secundarias, terciarias, heterocíclicas) e hidracinas aromáticas y sus derivados halógenos, fenólicos, nitrosados, nitrados y sulfonados
			01	1I0101	Fabricación de estas sustancias y su utilización como productos intermediarios en la industria de colorantes sintéticos y en numerosas síntesis orgánicas, en la industria química, en la industria de insecticidas, en la industria farmacéutica, etc.
			02	1I0102	Fabricación y utilización de derivados utilizados como aceleradores y como antioxidantes en la industria del caucho.
			03	1I0103	Fabricación de ciertos explosivos.
			04	1I0104	Utilización como colorantes en la industria del cuero, de pieles del calzado, de productos capilares, etc., así como en papelería y en productos de peluquería.
			05	1I0105	Utilización de reveladores (para-aminofenoles) en la industria fotográfica.

Grupo	Agente	Subagent	Activida	Código	Enfermedades profesionales con la

		e	d		relación de las principales actividades capaces de producirlas
	J				AMONIACO
		01			Amoniaco
			01	1J0101	Producción de abonos artificiales.
			02	1J0102	Preparación de ciertos residuos sintéticos del tipo ceraformol.
			03	1J0103	Fabricación de hielo artificial, utilizando amoniaco como refrigerante.
			04	1J0104	Los hornos de coque, fabricas de gas.
			05	1J0105	Utilización como decapante en pintura.
			06	1J0106	Utilización en laboratorios.
			07	1J0107	Galvanoplastia.
			08	1J0108	Fabricación de ácido nítrico y otros reactivos químicos como ácido sulfúrico, cianuros, amidas, urea, sosa, nitritos e intermediarios de colorantes.
			09	1J0109	Producción de monómeros de fibras sintéticas y otros plásticos.
			10	1J0110	Refino de petróleo (como inhibidor de la corrosión).
			11	1J0111	Industria hulera, papel, extractiva, alimenticia, peletera y farmacéutica (como estabilizador)
	K				AROMÁTICOS
		01			Benceno Fabricación, extracción, rectificación, empleo y manipulación del benceno, y especialmente:
			01	1K0101	Ocupaciones con exposición a benceno, por ejemplo, hornos de coque, uso de disolventes que contienen benceno.
			02	1K0102	Empleo del benceno para la preparación de sus derivados utilizados en las industrias de materias colorantes, perfumes, explosivos, productos farmacéuticos, etc.
			03	1K0103	Empleo del benceno y sus homólogos como decapantes, como diluente, como disolvente para la extracción de aceites, grasas, alcaloides, resinas, desengrasado de pieles, tejidos, huesos,

					piezas metálicas, caucho, etc.
			04	1K0104	Preparación, distribución y limpieza de tanques de carburantes que contengan benceno.
			05	1K0105	Trabajos de laboratorio en los que se emplee benceno.
		02			Naftaleno y sus homólogos
			01	1K0201	Extracción del naftaleno, durante la destilación del alquitrán de hulla.
			02	1K0202	Utilización como productos de base para la fabricación del ácido ftálico, naftaleno, hidrogenados y materias plásticas.
			03	1K0203	Fabricación de tintes.
			04	1K0204	Utilización como insecticida y en conservación de la madera.
			05	1K0205	Fabricación de resinas sintéticas, celuloide e hidronaftalenos (tetralin, decalin) que se usan como disolventes, en lubricantes y en combustibles.
			06	1K0206	Fabricación de repelente de polillas, insecticida, antiséptico (tópico y vía oral), antihelmíntico.
			07	1K0207	Uso en fungicidas, bronceadores sintéticos, conservantes, textiles, químicos, materia prima y producto intermedio en industria del plástico y en la fabricación de lacas y barnices.
		03			Xileno, tolueno
					Operaciones de producción transporte y utilización del tolueno y xileno y otros productos que los contienen, en especial:
			01	1K0301	Industria química: fabricación de ácido benzoico, benzoaldehidos, benceno, fenol, caprolactama, linóleo, toluendiisocianato (resinas poliuretano), sulfonatos de tolueno (detergentes), cuero artificial, revestimiento de tejidos y papeles, explosivos, tintes y otros compuestos orgánicos.
			02	1K0302	Preparación de combustibles y las operaciones de mezclado, trasvasado,

					limpiado de estanques y cisternas.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			03	1K0303	Operaciones de disolución de resinas naturales o sintéticas para la preparación de colas, adhesivos, lacas, barnices, esmaltes, masillas, tintas, diluyentes de pinturas y productos de limpieza.
			04	1K0304	Utilización de los productos citados, en especial las operaciones de secado que facilitan la evaporación del tolueno y los xilenos.
			05	1K0305	Uso en laboratorio de análisis químico y de anatomía patológica.
			06	1K0306	Aditivo de las gasolinas.
			07	1K0307	Utilización en la industria de la limpieza.
			08	1K0308	Utilización de insecticidas.
			09	1K0309	Utilización en perfumería.
			10	1K0310	Esterilización del hilo de sutura quirúrgica catgut.
		04			Vinilbenceno (estireno) y divinilbenceno
			01	1K0401	Síntesis y producción de polímeros (poliestireno), de copolímeros (acrilonitrilo butadieno estireno o ABS) y de resinas poliésteres.
			02	1K0402	Uso del divinilbenceno como monómero para la polimerización de caucho sintético.
			03	1K0403	Disolvente y aditivo en el carburante para aviones.
			04	1K0404	Fabricación de insecticidas.
			05	1K0405	Fabricación de piscinas, yates, bañeras, carrocerías de automóviles.
			06	1K0406	Fabricación de plásticos, goma sintética, resinas, aislantes.
			07	1K0407	Utilización como resina cambiadora de

					iones en la depuración de agua.
			08	1K0408	Utilización en odontología.
		05			Derivados halogenados de hidrocarburos aromáticos
			01	1K0501	Empleo como disolventes, pesticidas, herbicidas, insecticidas y fungicidas.
			02	1K0502	Empleo en las industrias de materias colorantes, perfumería y fotografía.
			03	1K0503	Fabricación de productos de limpieza, y lubrificantes.
			04	1K0504	Utilización como aditivo en lubrificantes de alta presión.
			05	1K0505	Fabricación de caucho sintético, productos ignífugos, papel autocopiativo sin carbono, plastificantes, etc.
			06	1K0506	Fabricación de transformadores, condensadores, aislamiento de cables y de hilos eléctricos.
		06			Nitroderivados de los hidrocarburos aromáticos: nitro-dinitrobenceno, dinitro-trinitrotolueno.
			01	1K0601	Utilización como disolventes.
			02	1K0602	Producción de colorantes, pigmentos, tintes.
			03	1K0603	Fabricación de explosivos.
			04	1K0604	Industria farmacéutica y cosmética.
			05	1K0605	Industria del plástico.
			06	1K0606	Utilización como pesticidas.
			07	1K0607	Utilización en la industria textil, química, del papel.
			08	1K0608	Utilización en laboratorios.
			09	1K0609	Utilización de nitrobenceno como enmascarador de olores.
			10	1K0610	Utilización de dinitrobenceno en la producción de celuloide, etc.
		07			Derivados nitrados de los fenoles y homólogos: dinitrofenol, dinitro-ortocresol, dinoseb (2-sec-butil-4,6-dinitrofenol), ioxinil, bromoxinil.

			01	1K0701	Utilización como herbicidas e insecticidas.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
	L				CETONAS
		01			Cetonas
			01	1L0101	Producción de cetonas y sus derivados.
			02	1L0102	Utilización como agentes de extracción, como materia prima o intermedia en numerosas síntesis orgánicas.
			03	1L0103	Utilización como disolventes.
			04	1L0104	Fabricación de fibras textiles artificiales, seda y cueros artificiales, limpieza y preparación de tejidos para la tintura.
			05	1L0105	Fabricación de celuloide.
			06	1L0106	Industria farmacéutica.
			07	1L0107	Industria de perfumería y de los cosméticos.
			08	1L0108	Industria del caucho sintético y de explosivos.
			09	1L0109	Fabricación de productos de limpieza.
			10	1L0110	Tratamiento de resinas naturales y sintéticas.
			11	1L0111	Empleo de barnices, pinturas, esmaltes, adhesivos, lacas y masillas.
			12	1L0112	Procesos de refinado de metales preciosos.
	M				EPÓXIDOS
		01			Epóxidos, óxido de etileno, tetrahidrofurano, furfural, epiclorhidrina, guayacol, alcohol furfurílico, óxido de propileno.
			01	1M0101	Utilización como reactivos en la fabricación de disolventes, plastificantes, cementos, adhesivos y resinas sintéticas.

			02	1M0102	Utilización como recubrimientos para la madera y el metal.
			03	1M0103	Fabricación de agentes tensoactivos.
			04	1M0104	Utilización como disolventes.
			05	1M0105	El óxido de propileno se utiliza, además, como esterilizante de alimentos envasados y otros materiales.
			06	1M0106	La epiclorhidrina se utiliza además, como insecticida, fumigante y disolvente de pinturas, barnices, esmaltes y lacas. Producción de resinas de alta resistencia a la humedad en la industria papelera.
			07	1M0107	El óxido de etileno se utiliza, además, en la industria sanitaria y alimentaria como agente esterilizante, como fumigante de alimentos y tejidos, intermediario en síntesis química y en la síntesis de películas y fibras de poliéster.
			08	1M0108	El guayacol se utiliza, además, como anestésico local, antioxidante, expectorante y aromatizante de bebidas.
			09	1M0109	El furfural se utiliza, además, en la preparación y uso de moldes para fundición, en la vulcanización del caucho, refinado de aceites de petróleo y como agente humectante.
			10	1M0110	El tetrahidrofurano se utiliza, además, en histología, y en la fabricación de artículos para el envasado, transporte y conservación de alimentos.
	N				ÉSTERES
		01			Ésteres orgánicos y sus derivados halogenados
			01	1N0101	Fabricación de ésteres orgánicos.
			02	1N0102	Síntesis de resinas sintéticas.
			03	1N0103	Productos intermedios en numerosos procesos de síntesis orgánica.
			04	1N0104	Industria de los papeles pintados.
			05	1N0105	Fabricación de adhesivos.

			06	1N0106	Industria de plásticos. Fabricación de revestimientos plásticos.
			07	1N0107	Fabricación de pinturas, barnices, tintes.
			08	1N0108	Fabricación de lacas de uñas y perfumes, esencias de frutas.
			09	1N0109	Industrias de fabricación de cristales de seguridad.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			10	1N0110	Industria farmacéutica.
			11	1N0111	Imprentas.
			12	1N0112	Utilización como aditivos de carburantes y de aceites de motor.
			13	1N0113	Aplicación de pinturas.
			14	1N0114	Utilización de adhesivos.
			15	1N0115	Utilización como disolventes.
			16	1N0116	Utilización de decapantes.
			17	1N0117	Utilización en productos de limpieza, lavandería y tintorería.
			18	1N0118	Imprenta, reproducción, plásticos, curtidos, textiles, resinas, protésicos dentales sellantes, cosméticos, etc..
			19	1N0119	Utilización del acetato de etilo en la electrodeposición de metales.
			20	1N0120	Utilización del acetato de isobutilo en la fabricación de periféricos de ordenadores.
					El etil acrilato se utiliza, además, en:
			21	1N0121	Fabricación de alfombras.
			22	1N0122	Industria de semiconductores.
					El vinil acetato se utiliza, además, en:
			23	1N0123	Industria del papel.
			24	1N0124	Fabricación de plásticos de uso alimentario.
	O				ÉTERES

		01			Éteres de glicol: metil cellosolve o metoxi-etanol, etil cellosolve, etoxietanol, etc., otros éteres no comprendidos en el apartado anterior: Éter metílico, etílico, isopropílico, vinílico, dicloro-isopropílico, etc.
			01	1O0101	Disolventes y codisolventes de lacas, resinas, pigmentos, tintes, esmaltes, barnices, perfumes, aceites, acetato de celulosa y nitrato de celulosa.
			02	1O0102	Fabricación de semiconductores en la industria microelectrónica.
			03	1O0103	Constituyentes de fluidos hidráulicos, fabricación de filmes radiográficos y de celofán.
			04	1O0104	Utilización en la limpieza en seco.
			05	1O0105	Constituyentes de algunos insecticidas.
			06	1O0106	Utilización como aditivos de combustibles.
			07	1O0107	Utilización de tintes y pigmentos.
			08	1O0108	Utilización como estabilizadores de emulsiones.
			09	1O0109	Utilización en el acabado del cuero.
			10	1O0110	Producción de éteres y de sus derivados halogenados.
			11	1O0111	Utilización en la industria química como disolventes de ceras, grasas, etc., y en la fabricación de colodium para la extracción de nicotina.
			12	1O0112	Industria farmacéutica.
			13	1O0113	Utilización como agentes de esterilización y como anestésicos.
			14	1O0114	Industria de fibras textiles artificiales.
			15	1O0115	Industria del calzado.
			16	1O0116	Industria de la perfumería, caucho, fotografía y materias plásticas.
			17	1O0117	Fabricación y utilización de disolventes y decapantes para las pinturas y barnices.
	P				GLICOLES
		01			Glicoles: etilenglicol, dietilenglicol, 1-4

					butanediol así como los derivados nitrados de los glicoles y del glicerol.
			01	1P0101	Fabricación de glicoles y poliglicoles, de sus derivados y de sus acetatos.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			02	1P0102	Utilización en la industria química como productos intermedios en numerosas síntesis orgánicas, como disolventes de lacas, resinas, barnices celulósicos de secado rápido, de ciertas pinturas, pigmentos, nitrocelulosa y acetatos de celulosa, tintes y plásticos.
			03	1P0103	Utilización en la industria farmacéutica como vehículo de ciertos medicamentos, desodorantes, desinfectantes y bactericidas.
			04	1P0104	La industria de cosméticos, fabricación y utilización de anticongelantes, de líquidos de sistemas hidráulicos y de líquidos de frenos.
			05	1P0105	Fabricación de ciertas esencias, extractos en la industria alimentaria.
			06	1P0106	Industria textil para dar la flexibilidad a los tejidos y preparación para la textura e impresión de tejidos a base de acetatos de celulosa, así como en la preparación y utilización de ciertos almidones sintéticos.
			07	1P0107	Fabricación de condensadores electrolíticos.
			08	1P0108	Preparación de ciertas películas y placas en la industria fotográfica.
			09	1P0109	Industria de explosivos y caucho sintético.
	Q				ISOCIANATOS
		01			Poliuretanos (isocianatos) Trabajos que exponen a la inhalación de isocianatos orgánicos y especialmente:
			01	1Q0101	Fabricación y aplicación de toluen-diisocianato (TDI) y de difenilmetano-

					diisocianato (MDI), de hdi, ndi, isoforona, ciclohexanona (precursor).
			02	1Q0102	Laqueado y acuchillado de parqué.
			03	1Q0103	Laqueado de papel, tejidos, cuero, gomas, hilos conductores.
			04	1Q0104	Elaboración y utilización de adhesivos y pinturas que contienen poliuretano.
			05	1Q0105	Fabricación y empleo de pegamentos que contengan isocianatos.
			06	1Q0106	Fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado líquido.
			07	1Q0107	Fabricación de fibras sintéticas y de caucho sintético.
			08	1Q0108	Fabricación y utilización de anticorrosivos y material aislante de cables.
			09	1Q0109	Utilización de monoisocianatos (metilisocianato) como agentes de síntesis en la industria química.
	R				NITRODERIVADOS
		01			Nitroderivados alifáticos, nitroalcanos
			01	1R0101	Empleo como disolventes.
			02	1R0102	Empleo como aditivos de ciertos explosivos, pesticidas, fungicidas, gasolinas y propulsores para proyectiles.
			03	1R0103	Utilización en síntesis orgánica.
		02			Nitroglicerina y otros ésteres del ácido nítrico
			01	1R0201	Industria de explosivos.
			02	1R0202	Empleo en la industria farmacéutica.
	S				ORGANOCLORADOS Y ORGANOFOSFORADOS
		01			Órgano fosforados y carbamatos
			01	1S0101	Síntesis, formulación y envasado de los productos plaguicidas que contienen órgano fosforados y carbamatos inhibidores de la colinesterasa.
			02	1S0102	Transporte, almacenamiento y distribución de los productos

					plaguicidas que contienen órgano fosforados y carbamatos inhibidores de la colinesterasa.
			03	1S0103	Uso agrícola de los productos plaguicidas que contiene órgano fosforados y carbamatos inhibidores de la colinesterasa; preparación, formulació las soluciones, cebos, gel y toda otra forma de presentación.
			04	1S0104	Aplicación directa de los productos plaguicidas que contiene órgano fosforados y carbamatos inhibidores de la colinesterasa por aspersión, nieblas, rocío, pulverizado, micropulverizado, vaporización, por vía terrestre o aérea, con métodos manuales o mecánicos.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			05	1S0105	Uso sanitario de los productos plaguicidas que contienen órgano fosforados y carbamatos inhibidores de la colinesterasa para desinsectación de edificios, bodegas, calas de barcos, control de vectores de enfermedades transmisibles.
		02			Órgano clorados
			01	1S0201	Utilización de policlorobifenilos (PCBs) como constituyente de fluidos dieléctricos en condensadores y transformadores, fluidos hidráulicos, aceites lubricantes, plaguicidas o aditivos en plastificantes y pinturas, etc.
			02	1S0202	Utilización de hexaclorobenceno en los procesos industriales de fabricación y combustión de compuestos clorados.
			03	1S0203	Utilización de hexaclorobenceno como fungicida en el tratamiento de semillas y suelos.
			04	1S0204	Utilización de hexaclorobenceno como preservante de madera.
	T				ÓXIDOS

		01			Óxido de carbono
					Trabajos en locales o puestos cuya ventilación natural o forzada no logre impedir una concentración continuada de 50 centímetros cúbicos de oxido de carbono por metro cúbico de aire, a la altura de la zona de aspiración de los trabajadores, y especialmente:
			01	1T0101	Producción, depuración y almacenamiento de gas.
			02	1T0102	Reparación de conductos de gas.
			03	1T0103	Trabajos en fundición y limpieza de hornos.
			04	1T0104	Trabajos de soldadura y corte.
			05	1T0105	Trabajos en presencia de motores de explosión.
			06	1T0106	Trabajos en calderas navales, industriales y domésticas.
			07	1T0107	Industrias que emplean como combustible cualquier gas industrial.
			08	1T0108	Trabajos en garajes, depósitos y talleres de reparación.
			09	1T0109	Conducción de máquinas a motor.
			10	1T0110	Incendios y explosiones (sobre todo en espacios cerrados, en los túneles y en las minas).
			11	1T0111	Trabajos en instalaciones de calefacción .
			12	1T0112	Utilización de medios de calefacción o combustión libre.
			13	1T0113	Tráfico urbano, instalaciones de incineración. Industria petrolera, industria química.
			14	1T0114	Bomberos.
		02			Oxicloruro de carbono
			01	1T0201	Procesos de síntesis industriales en que se utilice oxicloruro de carbono.
			02	1T0202	Fabricación de insecticidas.
			03	1T0203	Procesos industriales en que se utilicen hidrocarburos clorados.

			04	1T0204	Utilización de oxicloruro de carbono y sus compuestos en la industria química (preparación de productos farmacéuticos, de materias colorantes, etc.).
			05	1T0205	Desprendimiento de fosgeno por pirólisis de numerosos derivados organoclorados, como el tetracloruro de carbono, el cloroformo, tetracloroetano, tricloroetileno, etc.
			06	1T0206	Soldadura de piezas o partes metálicas que hayan sido limpiadas con hidrocarburos clorados.
			07	1T0207	Utilización en la industria química para la fabricación de isocianatos, poliuretano, policarbonatos, tintes, pesticidas y productos farmacéuticos.
		03			Óxidos de nitrógeno
			01	1T0301	Soldadura de arco.
			02	1T0302	Fabricación de colorantes, lacas y tintes.
			03	1T0303	Fabricación de explosivos y otras producciones que impliquen reacciones de nitración.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			04	1T0304	Producción de ácido nítrico.
			05	1T0305	Procesos de electroplateado y grabado.
			06	1T0306	Utilización del dióxido de nitrógeno como gas protector en los locales exiguos o mal ventilados.
			07	1T0307	Utilización del protóxido de nitrógeno como gas anestésico.
	U				SULFUROS
		01			Sulfuro de carbono Fabricación, manipulación y empleo del sulfuro de carbono y de los productos que lo contengan, y especialmente:
			01	1U0101	Fabricación de la seda artificial del tipo viscosa, rayón, del fibrán, del celofán.

			02	1U0102	Fabricación de mastiques y colas.
			03	1U0103	Preparación de la carbanilina como aceleradora de la vulcanización.
			04	1U0104	Empleo como disolvente de grasas, aceites, resinas, ceras, caucho, gutapercha y otras sustancias.
			05	1U0105	Fabricación de cerillas.
			06	1U0106	Fabricación de productos farmacéuticos y cosméticos.
			07	1U0107	Manipulación y empleo del sulfuro de carbono o productos que lo contengan, como insecticidas o parasiticidas en los trabajos de tratamiento de suelos o en el almacenado de productos agrícolas.
			08	1U0108	Preparación de ciertos rodenticidas.
			09	1U0109	Extracción de aceites volátiles de las flores.
			10	1U0110	Extracción del azufre.
			11	1U0111	Industria del caucho. Disolvente.
2					Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos
	A				Hipoacusia o sordera provocada por el ruido:
		01			Sordera profesional de tipo neurosensorial, frecuencias de 3 a 6 KHz, bilateral simétrica e irreversible
					Trabajos que exponen a ruidos continuos cuyo nivel sonoro diario equivalente (según legislación vigente) sea igual o superior a 80 decibelios A, especialmente:
			01	2A0101	Trabajos de calderería
			02	2A0102	Trabajos de estampado, embutido, remachado y martillado de metales.
			03	2A0103	Trabajos en telares de lanzadera batiente.
			04	2A0104	Trabajos de control y puesta a punto de motores de aviación, reactores o de pistón.
			05	2A0105	Trabajos con martillos y perforadores neumáticos en minas, túneles y galerías

					subterráneas
			06	2A0106	Trabajos en salas de máquinas de navíos
			07	2A0107	Tráfico aéreo (personal de tierra, mecánicos y personal de navegación, de aviones a reacción, etc.)
			08	2A0108	Talado y corte de árboles con sierras portátiles.
			09	2A0109	Salas de recreación (discotecas, etc.).
			10	2A0110	Trabajos de obras públicas (rutas, construcciones, etc.) efectuados con máquinas ruidosas como las bulldozers, excavadoras, palas mecánicas, etc.
			11	2A0111	Motores diesel, en particular en las dragas y los vehículos de transportes de ruta, ferroviarios y marítimos.
			12	2A0112	Recolección de basura doméstica
			13	2A0113	Instalación y pruebas de equipos de amplificación de sonido.
			14	2A0114	Empleo de vibradores en la construcción.
			15	2A0115	Trabajo en imprenta rotativa en la industria gráfica
			16	2A0116	Molienda de caucho, de plástico y la inyección de esos materiales para moldeoManejo de maquinaria de transformación de la madera, sierras circulares, de cinta, cepilladoras, tupies, fresas.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			17	2A0117	Molienda de piedras y minerales.
			18	2A0118	Expolio y destrucción de municiones y explosivos.
	B				Enfermedades osteoarticulares o angioneuróticas provocadas por las vibraciones mecánicas:
		01			Afectación vascular.
			01	2B0101	Trabajos en los que se produzcan:

					vibraciones transmitidas a la mano y al brazo por gran número de máquinas o por objetos mantenidos sobre una superficie vibrante (gama de frecuencia de 25 a 250 Hz), como son aquellos en los que se manejan maquinarias que transmitan vibraciones, como martillos neumáticos, punzones, taladros, taladros a percusión, perforadoras, pulidoras, esmeriles, sierras mecánicas, desbrozadoras.
			02	2B0102	Utilización de remachadoras y pistolas de sellado.
			03	2B0103	Trabajos que exponen al apoyo del talón de la mano de forma reiterativa, percutiendo sobre un plano fijo y rígido, así como los choques transmitidos a la eminencia hipotenar por una herramienta percutante.
		02			Afectación osteoarticular
			01	2B0201	Trabajos en los que se produzcan: vibraciones transmitidas a la mano y al brazo por gran número de máquinas o por objetos mantenidos sobre una superficie vibrante (gama de frecuencia de 25 a 250 Hz), como son aquellos en los que se manejan maquinarias que transmitan vibraciones, como martillos neumáticos, punzones, taladros, taladros a percusión, perforadoras, pulidoras, esmeriles, sierras mecánicas, desbrozadoras.
			02	2B0202	Utilización de remachadoras y pistolas de sellado.
			03	2B0203	Trabajos que exponen al apoyo del talón de la mano de forma reiterativa, percutiendo sobre un plano fijo y rígido así como los choques transmitidos a la eminencia hipotenar por una herramienta percutante.
	C				Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades de las bolsas serosas debida a la presión, celulitis subcutáneas:
		01			Bursitis crónica de las sinoviales ó de

					los tejidos subcutáneos de las zonas de apoyo de las rodillas.
			01	2C0101	Trabajos que requieran habitualmente de una posición de rodillas mantenidas como son trabajos en minas, en la construcción, servicio doméstico, colocadores de parquet y baldosas, jardineros, talladores y pulidores de piedras, trabajadores agrícolas y similares.
		02			Bursitis glútea, retrocalcánea, y de la apófisis espinosa de C7 y subacromiodeltoideas
			01	2C0201	Trabajos en la minería y aquellos que requieran presión mantenida en las zonas anatómicas referidas
		03			Bursitis de la fascia anterior del muslo
			01	2C0301	Zapateros y trabajos que requieran presión mantenida en cara anterior del muslo.
		04			Bursitis maleolar externa.
			01	2C0401	Sastrería y trabajos que requieran presión mantenida en región maleolar externa
		05			Bursitis preesternal
			01	2C0501	Carpintero y trabajos que requieran presión mantenida en región preesternal
		06			Higroma crónico del codo
			01	2C0601	Trabajos que requieren de un apoyo prolongado sobre la cara posterior del codo
	D				Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas:
		01			Hombro: patología tendidosa crónica de maguito de los rotadores.
			01	2D0101	Trabajos que se realicen con los codos en posición elevada o que tensen los tendones o bolsa subacromial, asociándose a acciones de levantar y

					alcanzar; uso continuado del brazo en abducción o flexión, como son pintores, escayolistas, montadores de estructuras
		02			Codo y antebrazo: epicondilitis y epitrocleitis
			01	2D0201	Trabajos que requieran movimientos de impacto o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo contra resistencia, así como movimientos de flexoextensión forzada de la muñeca, como pueden ser: carniceros, pescaderos, curtidores, deportistas, mecánicos, chapistas, caldereros, albañiles

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
		03			Muñeca y mano: tendinitis del abductor largo y extensor corto del pulgar (T. De Quervain), tenosinovitis estenosante digital (dedo en resorte), tenosinovitis del extensor largo del primer dedo
			01	2D0301	Trabajos que exijan aprehensión fuerte con giros o desviaciones cubitales y radiales repetidas de la mano así como movimientos repetidos o mantenidos de extensión de la muñeca
	E				Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo:
		01			Arrancamiento por fatiga de las apófisis espinosa
			01	2E0101	Trabajos de apaleo o de manipulación de cargas pesadas.
	F				Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: parálisis de los nervios debidos a la presión:
		01			Síndrome del canal epitrocleo-olecraniano por compresión del nervio cubital en el codo
			01	2F0101	Trabajos en los que se produzca un

					apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que requieran apoyo prolongado en el codo.
		02			Síndrome del túnel carpiano por compresión del nervio mediano en la muñeca.
			01	2F0201	Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que requieran movimientos repetidos o mantenidos de hiperextensión e hiperflexión de la muñeca, de aprehensión de la mano como lavanderos, cortadores de tejidos y material plástico y similares, trabajos de montaje (electrónica, mecánica), industria textil, mataderos (carniceros, matarifes), hostelería (camareros, cocineros), soldadores, carpinteros, pulidores, pintores.
		03			Síndrome del canal de Guyon por compresión del nervio cubital en la muñeca
			01	2F0301	Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que entrañen compresión prolongada en la muñeca o de una presión mantenida o repetida sobre el talón de la mano, como ordeño de vacas, grabado, talla y pulido de vidrio, burilado, trabajo de zapatería, leñadores, herreros, peleteros, lanzadores de martillo, disco y jabalina.
		04			Síndrome de compresión del ciático popliteo externo por compresión del mismo a nivel del cuello del peroné

			01	2F0401	Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que requieran posición prolongada en cuclillas, como empedradores, soladores, colocadores de parqué, jardineros y similares.
		05			Parálisis de los nervios del serrato mayor, angular, romboides, circunflejo.
			01	2F0501	Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que requieran carga repetida sobre la espalda de objetos pesados y rígidos, como mozos de mudanzas, empleados de carga y descarga y similares.
		06			Parálisis del nervio radial por compresión del mismo
			01	2F0601	Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que entrañen contracción repetida del músculo supinador largo, como conductores de automóviles, presión crónica por uso de tijera
	G				Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo:
		01			Lesiones del menisco por mecanismos de arrancamiento y compresión asociadas, dando lugar a fisuras o roturas completas
			01	2G0101	Trabajos que requieran posturas en hiperflexión de la rodilla en posición mantenida en cuclillas de manera

					prolongada como son: - Trabajos en minas subterráneas, electricistas, soladores, instaladores de suelos de madera, fontaneros.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
	H	01			Enfermedades provocadas por compresión o descompresión atmosférica
			01	2H0101	Trabajos subacuáticos en operadores de cámaras submarinas hiperbáricas con escafandra o provistos de equipos de buceo autónomo.
			02	2H0102	Todo trabajo efectuado en un medio hiperbárico.
			03	2H0103	Deficiencia mantenida de los sistemas de presurización durante vuelos de gran altitud.
	I	01			Enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes Todos los trabajos expuestos a la acción de los rayos X o de las sustancias radiactivas naturales o artificiales o a cualquier fuente de emisión corpuscular, y especialmente:
			01	2I0101	Trabajos de extracción y tratamiento de minerales radiactivos.
			02	2I0102	Fabricación de aparatos de rayos X y de radioterapia.
			03	2I0103	Fabricación de productos químicos y farmacéuticos radiactivos.
			04	2I0104	Empleo de sustancias radiactivas y rayos X en los laboratorios de investigación.
			05	2I0105	Fabricación y aplicación de productos luminosos con sustancias radiactivas en pinturas de esferas de relojería.
			06	2I0106	Trabajos industriales en que se utilicen rayos X y materiales radiactivos, medidas de espesor y de desgaste.
			07	2I0107	Trabajos en las consultas de

					radiodiagnóstico, de radio y radioterapia y de aplicación de isótopos radiactivos, en consultas, clínicas, sanatorios, residencias y hospitales.
			08	2I0108	Conservación de alimentos.
			09	2I0109	Reactores de investigación y de producción de energía.
			10	2I0110	Instalación de producción y tratamiento de radioelementos.
			11	2I0111	Fábrica de enriquecimiento de combustibles.
			12	2I0112	Instalaciones de tratamiento y almacenamiento de residuos radiactivos.
			13	2I0113	Transporte de materias radiactivas.
	J	01			Enfermedades oftalmológicas a consecuencia de exposiciones a radiaciones ultravioletas Trabajos con exposición a radiaciones no ionizantes con longitud de onda entre los 100 y 400 nm,como son:
			01	2J0101	Trabajos que precisan lámparas germicidas, antorchas de plomo, soldadura de arco o xenón, irradiación solar en grandes altitudes, láser industrial, colada de metales en fusión, vidrieros, empleados en estudios de cine, actores, personal de teatros, laboratorios bacteriológicos y similares.
	K	01			Enfermedades provocadas por la energía radiante
			01	2K0101	Trabajos con cristal incandescente, masas y superficies incandescentes, en fundiciones, acererías, etc., así como en fábricas de carburos.
	L	01			Nódulos de las cuerdas vocales a causa de los esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales.
			01	2L0101	Actividades en las que se precise uso mantenido y continuo de la voz, como son profesores, cantantes, actores, teleoperadores, locutores.
	M	01			Nistagmus de los mineros

			01	2N0101	Trabajadores de la minería subterránea
3					Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos
	A	01			Enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección (excluidos aquellos microorganismos incluidos en el grupo 1 del Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo regulador de la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo)
			01	3A0101	Personal sanitario.
			02	3A0102	Personal sanitario y auxiliar de instituciones cerradas.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			03	3A0103	Personal de laboratorio.
			04	3A0104	Personal no sanitario, trabajadores de centros asistenciales o de cuidados de enfermos, tanto en ambulatorios como en instituciones cerradas o a domicilio.
			05	3A0105	Trabajadores de laboratorios de investigación o análisis clínicos.
			06	3A0106	Trabajos de toma, manipulación o empleo de sangre humana o sus derivados.
			07	3A0107	Odontólogos.
			08	3A0108	Personal de auxilio.
			09	3A0109	Trabajadores de centros penitenciarios.
			10	3A0110	Personal de orden público.
	B	01			Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales o por sus productos y cadáveres.
			01	3B0101	Agricultores.
			02	3B0102	Ganaderos.
			03	3B0103	Matarifes.

			04	3B0104	Peleteros.
			05	3B0105	Curtidores.
			06	3B0106	Veterinarios.
			07	3B0107	Diseñadores de prendas de piel.
			08	3B0108	Trabajos de manipulación, carga, descarga, transporte y empleo de los despojos de animales.
			09	3B0109	Pastores.
			10	3B0110	Personal sanitario.
			11	3B0111	Personal de laboratorios
			12	3B0112	Personal de mataderos.
			13	3B0113	Personal de cuidado, recogida, cría y transporte de animales.
			14	3B0114	Obreros rurales.
			15	3B0115	Carniceros.
			16	3B0116	Veterinarios.
			17	3B0117	Avicultores.
			18	3B0118	Tiendas de animales.
			19	3B0119	Trabajos con riesgos de herida en ambiente potencialmente peligroso.
			20	3B0120	Trabajos de manipulación de excretas humanas o de animales.
			21	3B0121	Granjeros.
			22	3B0122	Guardas de caza.
			23	3B0123	Trabajos forestales
			24	3B0124	Trabajadores del campo.
			25	3B0125	Segadores de arrozales.
			26	3B0126	Porquerizos.
			27	3B0127	Trabajos de alcantarillado (ratas).
			28	3B0128	Vaqueros.
			29	3B0129	Profesiones en contacto con ganado equino.
			30	3B0130	Personal de conservación de la naturaleza.
			31	3B0131	Personal de orden publico.
			32	3B0132	Trabajos que impliquen la manipulación o exposición de excretas

					de animales:ganaderos, veterinarios, trabajadores de animalarios.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
	C	01			Paludismo, amebiasis, tripanosomiasis, dengue, fiebre amarilla, fiebre papataci, fiebre recurrente, peste, leishmaniosis, pian, tifus exantemático, borrelias y otras ricketsiosis:
			01	3C0101	Trabajos desarrollados en zonas endémicas.
	D	01			Enfermedades infecciosas y parasitarias no contempladas en otros apartados: micosis, legionella y helmintiasis
			01	3D0101	Trabajos en cuevas de fermentación
			02	3D0102	Plantas de procesamiento de las patatas.
			03	3D0103	Museos y bibliotecas.
			04	3D0104	Trabajos en contacto con humedad.
			05	3D0105	Trabajadores dedicados a la limpieza y mantenimiento de instalaciones que sean susceptibles de transmitir la legionella
			06	3D0106	Trabajos subterráneos: minas, túneles, galerías, cuevas.
			07	3D0107	Trabajos en zonas húmedas y / o pantanosas: pantanos, arrozales, salinas, huertas.
			08	3D0108	Agricultores (centeno).
			09	3D0109	Trabajos de fermentación del vinagre.
4					Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados
	A				Polvo de sílice libre:
		01			Silicosis Trabajos expuestos a la inhalación de polvo de sílice libre, y especialmente:
			01	4A0101	Trabajos en minas, túneles, canteras, galerías, obras públicas.

			02	4A0102	Tallado y pulido de rocas silíceas, trabajos de canterías.
			03	4A0103	Trabajos en seco, de trituración, tamizado y manipulación de minerales o rocas.
			04	4A0104	Fabricación de carborundo, vidrio, porcelana, loza y otros productos cerámicos, fabricación y conservación de los ladrillos refractarios a base de sílice.
			05	4A0105	Fabricación y manutención de abrasivos y de polvos detergentes.
			06	4A0106	Trabajos de desmoldeo, desbardado y desarenado en las fundiciones.
			07	4A0107	Trabajos con muelas (pulido, afinado) que contengan sílice libre.
			08	4A0108	Trabajos en chorro de arena y esmeril.
			09	4A0109	Industria cerámica.
			10	4A0110	Industria siderometalúrgica.
			11	4A0111	Fabricación de refractarios.
			12	4A0112	Fabricación de abrasivos.
			13	4A0113	Industria del papel.
			14	4A0114	Fabricación de pinturas, plásticos y gomas.
	B				Polvo de carbón:
		01			Neumoconiosis de los mineros de carbón
			01	4B0101	Trabajos que impliquen exposición a polvo de carbón.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
	C				Polvos de amianto (asbesto):
		01			Asbestosis.
					Trabajos expuestos a la inhalación de polvos de amianto (asbesto) y especialmente:
			01	4C0101	Trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales o rocas

					amiantíferas.
			02	4C0102	Fabricación de tejidos, cartones y papeles de amianto.
			03	4C0103	Tratamiento preparatorio de fibras de amianto (cardado, hilado, tramado, etc.).
			04	4C0104	Aplicación de amianto a pistola (chimeneas, fondos de automóviles y vagones).
			05	4C0105	Trabajos de aislamiento térmico en construcción naval y de edificios y su destrucción.
			06	4C0106	Fabricación de guarniciones para frenos y embragues, de productos de fibrocemento, de equipos contra incendios, de filtros y cartón de amianto, de juntas de amianto y caucho.
			07	4C0107	Desmontaje y demolición de instalaciones que contengan amianto.
			08	4C0108	Carga, descarga o transporte de mercancías que pudieran contener fibras de amianto.
		02			Afecciones fibrosantes de la pleura y pericardio que cursan con restricción respiratoria o cardiaca provocadas por amianto.
					Trabajos expuestos a la inhalación de polvos de amianto (asbesto) y especialmente:
			01	4C0201	Trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales o rocas amiantíferas.
			02	4C0202	Fabricación de tejidos, cartones y papeles de amianto.
			03	4C0203	Tratamiento preparatorio de fibras de amianto (cardado, hilado, tramado, etc.).
			04	4C0204	Aplicación de amianto a pistola (chimeneas, fondos de automóviles y vagones).
			05	4C0205	Trabajos de aislamiento térmico en construcción naval y de edificios y su destrucción.

			06	4C0206	Fabricación de guarniciones para frenos y embragues, de productos de fibrocemento, de equipos contra incendios, de filtros y cartón de amianto, de juntas de amianto y caucho.
			07	4C0207	Desmontaje y demolición de instalaciones que contengan amianto.
			08	4C0208	Carga, descarga o transporte de mercancías que pudieran contener fibras de amianto.
	D				Otros polvos de minerales (talco, caolín, tierra de batán, bentonita, sepiolita, mica, otros silicatos naturales):
		01			Talcosis
			01	4D0101	Extracción y tratamiento de minerales que liberen polvo de silicatos.
			02	4D0102	Industria farmacéutica y cosmética.
			03	4D0103	Industria cerámica y de la porcelana.
			04	4D0104	Fabricación de materiales refractarios.
			05	4D0105	Industria textil.
			06	4D0106	Industria de la alimentación.
			07	4D0107	Industria del papel del linóleo, cartón y de ciertas especies de fibrocemento.
			08	4D0108	Industria del caucho.
			09	4D0109	Fabricación de tintes y pinturas.
			10	4D0110	Industrias de pieles.
			11	4D0111	Industria de perfumes y productos de belleza, fábricas de jabones y en joyería.
			12	4D0112	Industria química.
			13	4D0113	Industria metalúrgica.
			14	4D0114	Trabajos de explotación de minas de hierro cuyo contenido en sílice sea prácticamente nulo.
			15	4D0115	Trabajos expuestos a la inhalación de talco cuando esta combinado con tremolita, serpentina o antofilita.
			16	4D0116	Operaciones de molido y ensacado de la barita.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
		02			Silicocaolinosis
			01	4D0201	Extracción y tratamiento de minerales que liberen polvo de silicatos.
			02	4D0202	Industria farmacéutica y cosmética.
			03	4D0203	Industria cerámica y de la porcelana.
			04	4D0204	Fabricación de materiales refractarios.
			05	4D0205	Industria textil.
			06	4D0206	Industria de la alimentación.
			07	4D0207	Industria del papel del linóleo, cartón y de ciertas especies de fibrocemento.
			08	4D0208	Industria del caucho.
			09	4D0209	Fabricación de tintes y pinturas.
			10	4D0210	Industrias de pieles.
			11	4D0211	Industria de perfumes y productos de belleza, fabricas de jabones y en joyería.
			12	4D0212	Industria química.
			13	4D0213	Industria metalúrgica.
			14	4D0214	Trabajos de explotación de minas de hierro cuyo contenido en sílice sea prácticamente nulo.
			15	4D0215	Trabajos expuestos a la inhalación de talco cuando esta combinado con tremolita, serpentina o antofilita.
			16	4D0216	Operaciones de molido y ensacado de la barita.
		03			Caolinosis y otras silicatosis
			01	4D0301	Extracción y tratamiento de minerales que liberen polvo de silicatos.
			02	4D0302	Industria farmacéutica y cosmética.
			03	4D0303	Industria cerámica y de la porcelana.
			04	4D0304	Fabricación de materiales refractarios.
			05	4D0305	Industria textil.
			06	4D0306	Industria de la alimentación.

			07	4D0307	Industria del papel del linóleo, cartón y de ciertas especies de fibrocemento.
			08	4D0308	Industria del caucho.
			09	4D0309	Fabricación de tintes y pinturas.
			10	4D0310	Industrias de pieles.
			11	4D0311	Industria de perfumes y productos de belleza, fabricas de jabones y en joyería.
			12	4D0312	Industria química.
			13	4D0313	Industria metalúrgica.
			14	4D0314	Trabajos de explotación de minas de hierro cuyo contenido en sílice sea prácticamente nulo.
			15	4D0315	Trabajos expuestos a la inhalación de talco cuando esta combinado con tremolita, serpentina o antofilita.
			16	4D0316	Operaciones de molido y ensacado de la barita.
	E				Metales sinterizados, compuestos de carburos metálicos de alto punto de fusión y metales de ligazón de bajo punto de fusión:
		01			Neumoconiosis por metal duro o acero de Widia.
			01	4E0101	Trabajos en los que exista la posibilidad de inhalación de metales sinterizados, compuestos de carburos metálicos de alto punto de fusión y metales de ligazón de bajo punto de fusión (Los carburos metálicos más utilizados son los de titanio, vanadio, cromo, molibdeno, tungsteno y wolframio; como metales de ligazón se utilizan hierro, níquel y cobalto).
			02	4E0102	Trabajos de mezclado, tamizado, moldeado y rectificado de carburos de tungsteno, titanio, tantalio, vanadio y molibdeno aglutinados con cobalto, hierro y níquel.
			03	4E0103	Pulidores de metales.

Grupo	Agente	Subagent	Activida	Código	Enfermedades profesionales con la

		e	d		relación de las principales actividades capaces de producirlas
		02			Siderosis
			01	4E0201	Trabajos en los que exista la posibilidad de inhalación de metales sinterizados, compuestos de carburos metálicos de alto punto de fusión y metales de ligazón de bajo punto de fusión (Los carburos metálicos más utilizados son los de titanio, vanadio, cromo, molibdeno, tungsteno y wolframio; como metales de ligazón se utilizan hierro, níquel y cobalto).
			02	4E0202	Trabajos de mezclado, tamizado, moldeado y rectificado de carburos de tungsteno, titanio, tantalio, vanadio y molibdeno aglutinados con cobalto, hierro y níquel.
			03	4E0203	Pulidores de metales.
	F	01			Escorias de Thomas
			01	4F0101	Fabricación y utilización de escorias de Thomas como abono.
	G	01			Neumoconiosis por polvo de aluminio
			01	4G0101	Extracción de aluminio a partir de sus minerales, en particular la separación por fusión electrolítica del oxido de aluminio, de la bauxita (fabricación de corindón artificial).
			02	4G0102	Preparación de polvos de aluminio, especialmente el polvo fino (operaciones, demolido, cribado y mezclas).
			03	4G0103	Preparación de aleaciones de aluminio.
			04	4G0104	Preparación de tintas de imprimir a partir del pigmento extraído de los residuos de los baños de fusión de la bauxita.
			05	4G0105	Fabricación y manipulación de abrasivos de aluminio.
			06	4G0106	Fabricación de artefactos pirotécnicos con granos de aluminio.
			07	4G0107	Utilización del hidrato de aluminio en la industria papelera (preparación del

					sulfato de aluminio), en el tratamiento de aguas, en la industria textil (capa impermeabilizante), en las refinerías de petróleo (preparación y utilización de ciertos catalizadores) y en numerosas industrias donde el aluminio y sus compuestos entran en la composición de numerosas aleaciones.
	H				Sustancias de alto peso molecular (sustancias de origen vegetal, animal, microorganismos, y sustancias enzimáticas de origen vegetal, animal y/o de microorganismos):
		01			Rinoconjuntivitis
					Trabajos en los que exista exposición a los agentes mencionados, relacionados con:
			01	4H0101	Industria alimenticia, panadería, industria de la cerveza.
			02	4H0102	Industria del té, industria del café, industria del aceite.
			03	4H0103	Industria del lino.
			04	4H0104	Industria de la malta.
			05	4H0105	Procesamiento de canela.
			06	4H0106	Procesamiento de la soja.
			07	4H0107	Elaboración de especias.
			08	4H0108	Molienda de semillas.
			09	4H0109	Lavadores de queso.
			10	4H0110	Manipuladores de enzimas.
			11	4H0111	Trabajadores de silos y molinos.
			12	4H0112	Trabajos de agricultura.
			13	4H0113	Granjeros, ganaderos, veterinarios y procesadores de carne.
			14	4H0114	Trabajos en avicultura.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			15	4H0115	Trabajos en piscicultura.
			16	4H0116	Industria química.

			17	4H0117	Industria del plástico, industria del látex.
			18	4H0118	Industria farmacéutica.
			19	4H0119	Industria textil.
			20	4H0120	Industria del papel.
			21	4H0121	Industria del cuero.
			22	4H0122	Industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera.
			23	4H0123	Personal sanitario, higienistas dentales.
			24	4H0124	Personal de laboratorios médicos y farmacéuticos.
			25	4H0125	Trabajos con harinas de pescado y piensos compuestos.
			26	4H0126	Personal de zoológicos, entomólogos.
			27	4H0127	Encuadernadores.
			28	4H0128	Personal de limpieza.
			29	4H0129	Trabajos en los que se manipula cáñamo, bagazo de caña de azúcar, yute, lino, esparto, sisal y corcho
			30	4H0130	Construcción.
			31	4H0131	Aplicación de pinturas, pigmentos etc., mediante aerografía.
		02			Asma
					Trabajos en los que exista exposición a los agentes mencionados, relacionados con:
			01	4H0201	Industria alimenticia, panadería, industria de la cerveza.
			02	4H0202	Industria del té, industria del café, industria del aceite.
			03	4H0203	Industria del lino.
			04	4H0204	Industria de la malta.
			05	4H0205	Procesamiento de canela.
			06	4H0206	Procesamiento de la soja.
			07	4H0207	Elaboración de especias.
			08	4H0208	Molienda de semillas.
			09	4H0209	Lavadores de queso.
			10	4H0210	Manipuladores de enzimas.

			11	4H0211	Trabajadores de silos y molinos.
			12	4H0212	Trabajos de agricultura.
			13	4H0213	Granjeros, ganaderos, veterinarios y procesadores de carne.
			14	4H0214	Trabajos en avicultura.
			15	4H0215	Trabajos en piscicultura.
			16	4H0216	Industria química.
			17	4H0217	Industria del plástico, industria del látex.
			18	4H0218	Industria farmacéutica.
			19	4H0219	Industria textil.
			20	4H0220	Industria del papel.
			21	4H0221	Industria del cuero.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			22	4H0222	Industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera.
			23	4H0223	Personal sanitario, higienistas dentales.
			24	4H0224	Personal de laboratorios médicos y farmacéuticos.
			25	4H0225	Trabajos con harinas de pescado y piensos compuestos.
			26	4H0226	Personal de zoológicos, entomólogos.
			27	4H0227	Encuadernadores.
			28	4H0228	Personal de limpieza.
			29	4H0229	Trabajos en los que se manipula cáñamo, bagazo de caña de azúcar, yute, lino, esparto, sisal y corcho
			30	4H0230	Construcción.
			31	4H0231	Aplicación de pinturas, pigmentos etc., mediante aerografía.
		03			Alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad) Trabajos en los que exista exposición a los agentes mencionados, relacionados con:

			01	4H0301	Industria alimenticia, panadería, industria de la cerveza.
			02	4H0302	Industria del té, industria del café, industria del aceite.
			03	4H0303	Industria del lino.
			04	4H0304	Industria de la malta.
			05	4H0305	Procesamiento de canela.
			06	4H0306	Procesamiento de la soja.
			07	4H0307	Elaboración de especias.
			08	4H0308	Molienda de semillas.
			09	4H0309	Lavadores de queso.
			10	4H0310	Manipuladores de enzimas.
			11	4H0311	Trabajadores de silos y molinos.
			12	4H0312	Trabajos de agricultura.
			13	4H0313	Granjeros, ganaderos, veterinarios y procesadores de carne.
			14	4H0314	Trabajos en avicultura.
			15	4H0315	Trabajos en piscicultura.
			16	4H0316	Industria química.
			17	4H0317	Industria del plástico, industria del látex.
			18	4H0318	Industria farmacéutica.
			19	4H0319	Industria textil.
			20	4H0320	Industria del papel.
			21	4H0321	Industria del cuero.
			22	4H0322	Industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera.
			23	4H0323	Personal sanitario, higienistas dentales.
			24	4H0324	Personal de laboratorios médicos y farmacéuticos.
			25	4H0325	Trabajos con harinas de pescado y piensos compuestos.
			26	4H0326	Personal de zoológicos, entomólogos.
			27	4H0327	Encuadernadores.
			28	4H0328	Personal de limpieza.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			29	4H0329	Trabajos en los que se manipula cáñamo, bagazo de caña de azúcar, yute, lino, esparto, sisal y corcho
			30	4H0330	Construcción.
			31	4H0331	Aplicación de pinturas, pigmentos etc., mediante aerografía.
		04			Síndrome de disfunción reactivo de la vía área Trabajos en los que exista exposición a los agentes mencionados, relacionados con:
			01	4H0401	Industria alimenticia, panadería, industria de la cerveza.
			02	4H0402	Industria del té, industria del café, industria del aceite.
			03	4H0403	Industria del lino.
			04	4H0404	Industria de la malta.
			05	4H0405	Procesamiento de canela.
			06	4H0406	Procesamiento de la soja.
			07	4H0407	Elaboración de especias.
			08	4H0408	Molienda de semillas.
			09	4H0409	Lavadores de queso.
			10	4H0410	Manipuladores de enzimas.
			11	4H0411	Trabajadores de silos y molinos.
			12	4H0412	Trabajos de agricultura.
			13	4H0413	Granjeros, ganaderos, veterinarios y procesadores de carne.
			14	4H0414	Trabajos en avicultura.
			15	4H0415	Trabajos en piscicultura.
			16	4H0416	Industria química.
			17	4H0417	Industria del plástico, industria del látex.
			18	4H0418	Industria farmacéutica.
			19	4H0419	Industria textil.
			20	4H0420	Industria del papel.
			21	4H0421	Industria del cuero.

			22	4H0422	Industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera.
			23	4H0423	Personal sanitario, higienistas dentales.
			24	4H0424	Personal de laboratorios médicos y farmacéuticos.
			25	4H0425	Trabajos con harinas de pescado y piensos compuestos.
			26	4H0426	Personal de zoológicos, entomólogos.
			27	4H0427	Encuadernadores.
			28	4H0428	Personal de limpieza.
			29	4H0429	Trabajos en los que se manipula cáñamo, bagazo de caña de azúcar, yute, lino, esparto, sisal y corcho
			30	4H0430	Construcción.
			31	4H0431	Aplicación de pinturas, pigmentos etc., mediante aerografía.
		05			Fibrosis intersticial difusa.
					Trabajos en los que exista exposición a los agentes mencionados, relacionados con:
			01	4H0501	Industria alimenticia, panadería, industria de la cerveza.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			02	4H0502	Industria del té, industria del café, industria del aceite.
			03	4H0503	Industria del lino.
			04	4H0504	Industria de la malta.
			05	4H0505	Procesamiento de canela.
			06	4H0506	Procesamiento de la soja.
			07	4H0507	Elaboración de especias.
			08	4H0508	Molienda de semillas.
			09	4H0509	Lavadores de queso.
			10	4H0510	Manipuladores de enzimas.
			11	4H0511	Trabajadores de silos y molinos.
			12	4H0512	Trabajos de agricultura.

			13	4H0513	Granjeros, ganaderos, veterinarios y procesadores de carne.
			14	4H0514	Trabajos en avicultura.
			15	4H0515	Trabajos en piscicultura.
			16	4H0516	Industria química.
			17	4H0517	Industria del plástico, industria del látex.
			18	4H0518	Industria farmacéutica.
			19	4H0519	Industria textil.
			20	4H0520	Industria del papel.
			21	4H0521	Industria del cuero.
			22	4H0522	Industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera.
			23	4H0523	Personal sanitario, higienistas dentales.
			24	4H0524	Personal de laboratorios médicos y farmacéuticos.
			25	4H0525	Trabajos con harinas de pescado y piensos compuestos.
			26	4H0526	Personal de zoológicos, entomólogos.
			27	4H0527	Encuadernadores.
			28	4H0528	Personal de limpieza.
			29	4H0529	Trabajos en los que se manipula cáñamo, bagazo de caña de azúcar, yute, lino, esparto, sisal y corcho
			30	4H0530	Construcción.
			31	4H0531	Aplicación de pinturas, pigmentos etc., mediante aerografía.
		06			Otras enfermedades de mecanismo impreciso (bisinosis, cannabiosis, yuterosis, linnosis, bagazosis, estipatosis, suberosis, etc.).
					Trabajos en los que exista exposición a los agentes mencionados, relacionados con:
			01	4H0601	Industria alimenticia, panadería, industria de la cerveza.
			02	4H0602	Industria del té, industria del café, industria del aceite.
			03	4H0603	Industria del lino.

			04	4H0604	Industria de la malta.
			05	4H0605	Procesamiento de canela.
			06	4H0606	Procesamiento de la soja.
			07	4H0607	Elaboración de especias.
			08	4H0608	Molienda de semillas.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			09	4H0609	Lavadores de queso.
			10	4H0610	Manipuladores de enzimas.
			11	4H0611	Trabajadores de silos y molinos.
			12	4H0612	Trabajos de agricultura.
			13	4H0613	Granjeros, ganaderos, veterinarios y procesadores de carne.
			14	4H0614	Trabajos en avicultura.
			15	4H0615	Trabajos en piscicultura.
			16	4H0616	Industria química.
			17	4H0617	Industria del plástico, industria del látex.
			18	4H0618	Industria farmacéutica.
			19	4H0619	Industria textil.
			20	4H0620	Industria del papel.
			21	4H0621	Industria del cuero.
			22	4H0622	Industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera.
			23	4H0623	Personal sanitario, higienistas dentales.
			24	4H0624	Personal de laboratorios médicos y farmacéuticos.
			25	4H0625	Trabajos con harinas de pescado y piensos compuestos.
			26	4H0626	Personal de zoológicos, entomólogos.
			27	4H0627	Encuadernadores.
			28	4H0628	Personal de limpieza.
			29	4H0629	Trabajos en los que se manipula cáñamo, bagazo de caña de azúcar, yute, lino, esparto, sisal y corcho

			30	4H0630	Construcción.
			31	4H0631	Aplicación de pinturas, pigmentos etc., mediante aerografía.
		07			Neumopatía intersticial difusa Trabajos en los que exista exposición a los agentes mencionados, relacionados con:
			01	4H0701	Industria alimenticia, panadería, industria de la cerveza.
			02	4H0702	Industria del té, industria del café, industria del aceite.
			03	4H0703	Industria del lino.
			04	4H0704	Industria de la malta.
			05	4H0705	Procesamiento de canela.
			06	4H0706	Procesamiento de la soja.
			07	4H0707	Elaboración de especias.
			08	4H0708	Molienda de semillas.
			09	4H0709	Lavadores de queso.
			10	4H0710	Manipuladores de enzimas.
			11	4H0711	Trabajadores de silos y molinos.
			12	4H0712	Trabajos de agricultura.
			13	4H0713	Granjeros, ganaderos, veterinarios y procesadores de carne.
			14	4H0714	Trabajos en avicultura.
			15	4H0715	Trabajos en piscicultura.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			16	4H0716	Industria química.
			17	4H0717	Industria del plástico, industria del látex.
			18	4H0718	Industria farmacéutica.
			19	4H0719	Industria textil.
			20	4H0720	Industria del papel.
			21	4H0721	Industria del cuero.
			22	4H0722	Industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera.

			23	4H0723	Personal sanitario, higienistas dentales.
			24	4H0724	Personal de laboratorios médicos y farmacéuticos.
			25	4H0725	Trabajos con harinas de pescado y piensos compuestos.
			26	4H0726	Personal de zoológicos, entomólogos.
			27	4H0727	Encuadernadores.
			28	4H0728	Personal de limpieza.
			29	4H0729	Trabajos en los que se manipula cáñamo, bagazo de caña de azúcar, yute, lino, esparto, sisal y corcho
			30	4H0730	Construcción.
			31	4H0731	Aplicación de pinturas, pigmentos etc., mediante aerografía.
	I				Sustancias de bajo peso molecular (metales y sus sales, polvos de maderas, productos farmacéuticos, sustancias químico plásticas, aditivos, etc.):
		01			Rinoconjuntivitis Trabajos en los que exista exposición a los agentes mencionados, relacionados con:
			01	4I0101	Industria del cuero.
			02	4I0102	Industria química.
			03	4I0103	Industria textil.
			04	4I0104	Industria cosmética y farmacéutica.
			05	4I0105	Trabajos de peluquería.
			06	4I0106	Fabricación de resinas y endurecedores.
			07	4I0107	Trabajos en fundiciones.
			08	4I0108	Fijado y revelado de fotografía.
			09	4I0109	Fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes.
			10	4I0110	Industria electrónica.
			11	4I0111	Industria aeronáutica.
			12	4I0112	Industria del plástico.
			13	4I0113	Industria del caucho.
			14	4I0114	Industria del papel.
			15	4I0115	Industria de la madera: Aserraderos,

					acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera.
			16	4I0116	Fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado liquido.
			17	4I0117	Fabricación de látex.
			18	4I0118	Trabajos de aislamiento y revestimiento.
			19	4I0119	Trabajos de laboratorio.
			20	4I0120	Trabajos en fotocopiadoras.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			21	4I0121	Dentistas.
			22	4I0122	Personal sanitario: enfermería, anatomía patológica, laboratorio.
			23	4I0123	Flebología, granjeros, fumigadores.
			24	4I0124	Refinería de platino.
			25	4I0125	Galvanizado, plateado, niquelado y cromado de metales.
			26	4I0126	Soldadores.
			27	4I0127	Industria del aluminio.
			28	4I0128	Trabajos de joyería.
			29	4I0129	Trabajos con acero inoxidable.
			30	4I0130	Personal de limpieza.
			31	4I0131	Trabajadores sociales.
			32	4I0132	Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados.
			33	4I0133	Aplicación de pinturas, pigmentos, etc., mediante aerografía.
		02			Urticarias, angioedemas Trabajos en los que exista exposición a los agentes mencionados, relacionados con:
			01	4I0201	Industria del cuero.
			02	4I0202	Industria química.
			03	4I0203	Industria textil.
			04	4I0204	Industria cosmética y farmacéutica.

			05	4I0205	Trabajos de peluquería.
			06	4I0206	Fabricación de resinas y endurecedores.
			07	4I0207	Trabajos en fundiciones.
			08	4I0208	Fijado y revelado de fotografía.
			09	4I0209	Fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes.
			10	4I0210	Industria electrónica.
			11	4I0211	Industria aeronáutica.
			12	4I0212	Industria del plástico.
			13	4I0213	Industria del caucho.
			14	4I0214	Industria del papel.
			15	4I0215	Industria de la madera: Aserraderos, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera.
			16	4I0216	Fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado liquido.
			17	4I0217	Fabricación de látex.
			18	4I0218	Trabajos de aislamiento y revestimiento.
			19	4I0219	Trabajos de laboratorio.
			20	4I0220	Trabajos en fotocopiadoras.
			21	4I0221	Dentistas.
			22	4I0222	Personal sanitario: enfermería, anatomía patológica, laboratorio.
			23	4I0223	Flebología, granjeros, fumigadores.
			24	4I0224	Refinería de platino.
			25	4I0225	Galvanizado, plateado, niquelado y cromado de metales.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			26	4I0226	Soldadores.
			27	4I0227	Industria del aluminio.
			28	4I0228	Trabajos de joyería.
			29	4I0229	Trabajos con acero inoxidable.

			30	4I0230	Personal de limpieza.
			31	4I0231	Trabajadores sociales.
			32	4I0232	Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados.
			33	4I0233	Aplicación de pinturas, pigmentos, etc., mediante aerografía.
		03			Asma
					Trabajos en los que exista exposición a los agentes mencionados, relacionados con:
			01	4I0301	Industria del cuero.
			02	4I0302	Industria química.
			03	4I0303	Industria textil.
			04	4I0304	Industria cosmética y farmacéutica.
			05	4I0305	Trabajos de peluquería.
			06	4I0306	Fabricación de resinas y endurecedores.
			07	4I0307	Trabajos en fundiciones.
			08	4I0308	Fijado y revelado de fotografía.
			09	4I0309	Fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes.
			10	4I0310	Industria electrónica.
			11	4I0311	Industria aeronáutica.
			12	4I0312	Industria del plástico.
			13	4I0313	Industria del caucho.
			14	4I0314	Industria del papel.
			15	4I0315	Industria de la madera: Aserraderos, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera.
			16	4I0316	Fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado liquido.
			17	4I0317	Fabricación de látex.
			18	4I0318	Trabajos de aislamiento y revestimiento.
			19	4I0319	Trabajos de laboratorio.
			20	4I0320	Trabajos en fotocopiadoras.
			21	4I0321	Dentistas.

			22	4I0322	Personal sanitario: enfermería, anatomía patológica, laboratorio.
			23	4I0323	Flebología, granjeros, fumigadores.
			24	4I0324	Refinería de platino.
			25	4I0325	Galvanizado, plateado, niquelado y cromado de metales.
			26	4I0326	Soldadores.
			27	4I0327	Industria del aluminio.
			28	4I0328	Trabajos de joyería.
			29	4I0329	Trabajos con acero inoxidable.
			30	4I0330	Personal de limpieza.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			31	4I0331	Trabajadores sociales.
			32	4I0332	Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados.
			33	4I0333	Aplicación de pinturas, pigmentos, etc., mediante aerografía.
		04			Alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad)
					Trabajos en los que exista exposición a los agentes mencionados, relacionados con:
			01	4I0401	Industria del cuero.
			02	4I0402	Industria química.
			03	4I0403	Industria textil.
			04	4I0404	Industria cosmética y farmacéutica.
			05	4I0405	Trabajos de peluquería.
			06	4I0406	Fabricación de resinas y endurecedores.
			07	4I0407	Trabajos en fundiciones.
			08	4I0408	Fijado y revelado de fotografía.
			09	4I0409	Fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes.
			10	4I0410	Industria electrónica.

			11	4I0411	Industria aeronáutica.
			12	4I0412	Industria del plástico.
			13	4I0413	Industria del caucho.
			14	4I0414	Industria del papel.
			15	4I0415	Industria de la madera: Aserraderos, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera.
			16	4I0416	Fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado liquido.
			17	4I0417	Fabricación de látex.
			18	4I0418	Trabajos de aislamiento y revestimiento.
			19	4I0419	Trabajos de laboratorio.
			20	4I0420	Trabajos en fotocopiadoras.
			21	4I0421	Dentistas.
			22	4I0422	Personal sanitario: enfermería, anatomía patológica, laboratorio.
			23	4I0423	Flebología, granjeros, fumigadores.
			24	4I0424	Refinería de platino.
			25	4I0425	Galvanizado, plateado, niquelado y cromado de metales.
			26	4I0426	Soldadores.
			27	4I0427	Industria del aluminio.
			28	4I0428	Trabajos de joyería.
			29	4I0429	Trabajos con acero inoxidable.
			30	4I0430	Personal de limpieza.
			31	4I0431	Trabajadores sociales.
			32	4I0432	Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados.
			33	4I0433	Aplicación de pinturas, pigmentos, etc., mediante aerografía.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
		05			Síndrome de disfunción de la vía reactiva Trabajos en los que exista exposición a los agentes mencionados,

					relacionados con:
			01	4I0501	Industria del cuero.
			02	4I0502	Industria química.
			03	4I0503	Industria textil.
			04	4I0504	Industria cosmética y farmacéutica.
			05	4I0505	Trabajos de peluquería.
			06	4I0506	Fabricación de resinas y endurecedores.
			07	4I0507	Trabajos en fundiciones.
			08	4I0508	Fijado y revelado de fotografía.
			09	4I0509	Fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes.
			10	4I0510	Industria electrónica.
			11	4I0511	Industria aeronáutica.
			12	4I0512	Industria del plástico.
			13	4I0513	Industria del caucho.
			14	4I0514	Industria del papel.
			15	4I0515	Industria de la madera: Aserraderos, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera.
			16	4I0516	Fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado liquido.
			17	4I0517	Fabricación de látex.
			18	4I0518	Trabajos de aislamiento y revestimiento.
			19	4I0519	Trabajos de laboratorio.
			20	4I0520	Trabajos en fotocopiadoras.
			21	4I0521	Dentistas.
			22	4I0522	Personal sanitario: enfermería, anatomía patológica, laboratorio.
			23	4I0523	Flebología, granjeros, fumigadores.
			24	4I0524	Refinería de platino.
			25	4I0525	Galvanizado, plateado, niquelado y cromado de metales.
			26	4I0526	Soldadores.
			27	4I0527	Industria del aluminio.
			28	4I0528	Trabajos de joyería.

			29	4I0529	Trabajos con acero inoxidable.
			30	4I0530	Personal de limpieza.
			31	4I0531	Trabajadores sociales.
			32	4I0532	Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados.
			33	4I0533	Aplicación de pinturas, pigmentos, etc., mediante aerografía.
		06			Fibrosis intersticial difusa Trabajos en los que exista exposición a los agentes mencionados, relacionados con:
			01	4I0601	Industria del cuero.
			02	4I0602	Industria química.
			03	4I0603	Industria textil.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			04	4I0604	Industria cosmética y farmacéutica.
			05	4I0605	Trabajos de peluquería.
			06	4I0606	Fabricación de resinas y endurecedores.
			07	4I0607	Trabajos en fundiciones.
			08	4I0608	Fijado y revelado de fotografía.
			09	4I0609	Fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes.
			10	4I0610	Industria electrónica.
			11	4I0611	Industria aeronáutica.
			12	4I0612	Industria del plástico.
			13	4I0613	Industria del caucho.
			14	4I0614	Industria del papel.
			15	4I0615	Industria de la madera: Aserraderos, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera.
			16	4I0616	Fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado liquido.
			17	4I0617	Fabricación de látex.
			18	4I0618	Trabajos de aislamiento y revestimiento.

			19	4I0619	Trabajos de laboratorio.
			20	4I0620	Trabajos en fotocopiadoras.
			21	4I0621	Dentistas.
			22	4I0622	Personal sanitario: enfermería, anatomía patológica, laboratorio.
			23	4I0623	Flebología, granjeros, fumigadores.
			24	4I0624	Refinería de platino.
			25	4I0625	Galvanizado, plateado, niquelado y cromado de metales.
			26	4I0626	Soldadores.
			27	4I0627	Industria del aluminio.
			28	4I0628	Trabajos de joyería.
			29	4I0629	Trabajos con acero inoxidable.
			30	4I0630	Personal de limpieza.
			31	4I0631	Trabajadores sociales.
			32	4I0632	Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados.
			33	4I0633	Aplicación de pinturas, pigmentos, etc., mediante aerografía.
		07			Fiebre de los metales y de otras sustancias de bajo peso molecular.
					Trabajos en los que exista exposición a los agentes mencionados, relacionados con:
			01	4I0701	Industria del cuero.
			02	4I0702	Industria química.
			03	4I0703	Industria textil.
			04	4I0704	Industria cosmética y farmacéutica.
			05	4I0705	Trabajos de peluquería.
			06	4I0706	Fabricación de resinas y endurecedores.
			07	4I0707	Trabajos en fundiciones.
			08	4I0708	Fijado y revelado de fotografía.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas

			09	4I0709	Fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes.
			10	4I0710	Industria electrónica.
			11	4I0711	Industria aeronáutica.
			12	4I0712	Industria del plástico.
			13	4I0713	Industria del caucho.
			14	4I0714	Industria del papel.
			15	4I0715	Industria de la madera: Aserraderos, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera.
			16	4I0716	Fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado liquido.
			17	4I0717	Fabricación de látex.
			18	4I0718	Trabajos de aislamiento y revestimiento.
			19	4I0719	Trabajos de laboratorio.
			20	4I0720	Trabajos en fotocopiadoras.
			21	4I0721	Dentistas.
			22	4I0722	Personal sanitario: enfermería, anatomía patológica, laboratorio.
			23	4I0723	Flebología, granjeros, fumigadores.
			24	4I0724	Refinería de platino.
			25	4I0725	Galvanizado, plateado, niquelado y cromado de metales.
			26	4I0726	Soldadores.
			27	4I0727	Industria del aluminio.
			28	4I0728	Trabajos de joyería.
			29	4I0729	Trabajos con acero inoxidable.
			30	4I0730	Personal de limpieza.
			31	4I0731	Trabajadores sociales.
			32	4I0732	Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados.
			33	4I0733	Aplicación de pinturas, pigmentos, etc., mediante aerografía.
		08			Neumopatía intersticial difusa Trabajos en los que exista exposición a los agentes mencionados, relacionados con:

			01	4I0801	Industria del cuero.
			02	4I0802	Industria química.
			03	4I0803	Industria textil.
			04	4I0804	Industria cosmética y farmacéutica.
			05	4I0805	Trabajos de peluquería.
			06	4I0806	Fabricación de resinas y endurecedores.
			07	4I0807	Trabajos en fundiciones.
			08	4I0808	Fijado y revelado de fotografía.
			09	4I0809	Fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes.
			10	4I0810	Industria electrónica.
			11	4I0811	Industria aeronáutica.
			12	4I0812	Industria del plástico.
			13	4I0813	Industria del caucho.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			14	4I0814	Industria del papel.
			15	4I0815	Industria de la madera: Aserraderos, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera.
			16	4I0816	Fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado liquido.
			17	4I0817	Fabricación de látex.
			18	4I0818	Trabajos de aislamiento y revestimiento.
			19	4I0819	Trabajos de laboratorio.
			20	4I0820	Trabajos en fotocopiadoras.
			21	4I0821	Dentistas.
			22	4I0822	Personal sanitario: enfermería, anatomía patológica, laboratorio.
			23	4I0823	Flebología, granjeros, fumigadores.
			24	4I0824	Refinería de platino.
			25	4I0825	Galvanizado, plateado, niquelado y

					cromado de metales.
			26	4I0826	Soldadores.
			27	4I0827	Industria del aluminio.
			28	4I0828	Trabajos de joyería.
			29	4I0829	Trabajos con acero inoxidable.
			30	4I0830	Personal de limpieza.
			31	4I0831	Trabajadores sociales.
			32	4I0832	Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados.
			33	4I0833	Aplicación de pinturas, pigmentos, etc., mediante aerografía.
	J	01			Antimonio y derivados Trabajos que exponen a la inhalación de polvos, humos y vapores de antimonio, en especial:
			01	4J0101	Extracción de minerales que contienen antimonio y sus procesos de molienda, tamizado y concentrado.
			02	4J0102	Envasado del óxido de antimonio.
			03	4J0103	Soldadura con antimonio.
			04	4J0104	Fabricación de semiconductores.
			05	4J0105	Fabricación de placas para baterías y material para forrado de cables.
			06	4J0106	Fabricación de pinturas, barnices, cristal, cerámica (pentóxido de antimonio).
			07	4J0107	Fabricación de explosivos y de pigmentos para la industria del caucho (trisulfuro de antimonio).
			08	4J0108	Uso en la industria del caucho y farmacéutica (pentacloruro de antimonio).
			09	4J0109	Fabricación de colorantes y uso en cerámica (trifluoruro de antimonio).
	K	01			Berilio (glucinio) y sus compuestos Manipulación y empleo del berilio y sus compuestos (fluoruro doble de glucinio y sodio), y especialmente:
			01	4K0101	Extracción y metalurgia de berilio, industria aeroespacial, industria

					nuclear.
			02	4K0102	Extracción del berilio de los minerales.
			03	4K0103	Preparación de aleaciones y compuestos de berilio.
			04	4K0104	Fabricación de cristales, cerámicas, porcelanas y productos altamente refractarios.
			05	4K0105	Fabricación de barras de control de reactores nucleares.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
5					Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados
	A	01			Sustancias de bajo peso molecular por debajo de los 1000 daltons (metales y sus sales, polvos de maderas, productos farmacéuticos, sustancias químico plásticas, aditivos, disolventes, conservantes, catalizadores, perfumes, adhesivos, acrilatos, resinas de bajo peso molecular, formaldehídos y derivados, etc.) En cualquier tipo de actividad en la que se entre en contacto con sustancias de bajo peso molecular:
			01	5A0101	Industria del cuero.
			02	5A0102	Industria textil.
			03	5A0103	Industria química.
			04	5A0104	Industria cosmética y farmacéutica.
			05	5A0105	Trabajos de peluquería.
			06	5A0106	Fabricación de resinas y endurecedores.
			07	5A0107	Trabajos en fundiciones.
			08	5A0108	Fijado y revelado de fotografía.
			09	5A0109	Fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes.
			10	5A0110	Industria electrónica.

			11	5A0111	Industria aeronáutica.
			12	5A0112	Industria del plástico.
			13	5A0113	Industria del caucho.
			14	5A0114	Industria del papel.
			15	5A0115	Industria de la madera: Aserraderos, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera.
			16	5A0116	Fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado liquido.
			17	5A0117	Fabricación de látex.
			18	5A0118	Trabajos de aislamiento y revestimiento.
			19	5A0119	Trabajos de laboratorio.
			20	5A0120	Dentistas.
			21	5A0121	Trabajos en fotocopiadoras.
			22	5A0122	Personal sanitario: enfermería, anatomía patológica, laboratorio.
			23	5A0123	Granjeros, fumigadores.
			24	5A0124	Galvanizado, plateado, niquelado y cromado de metales.
			25	5A0125	Soldadores.
			26	5A0126	Industria del aluminio.
			27	5A0127	Trabajos de joyería.
			28	5A0128	Trabajos con acero inoxidable.
			29	5A0129	Personal de limpieza.
			30	5A0130	Trabajadores sociales.
			31	5A0131	Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados.
			32	5A0132	Aplicación de pinturas, pigmentos etc., mediante aerografía.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
	B	01			Agentes y sustancias de alto peso molecular, por encima de los 1000 daltons, (sustancias de origen vegetal,

					animal, microorganismos, y sustancias enzimáticas de origen vegetal, animal y/o de microorganismos En cualquier tipo de actividad en la que se entre en contacto con sustancias de alto peso molecular:
			01	5B0101	Industria alimenticia, panadería, industria de la cerveza.
			02	5B0102	Industria del té, industria del café, industria del aceite.
			03	5B0103	Industria del lino.
			04	5B0104	Industria de la malta.
			05	5B0105	Procesamiento de canela.
			06	5B0106	Procesamiento de la soja.
			07	5B0107	Elaboración de especias.
			08	5B0108	Molienda de semillas.
			09	5B0109	Lavadores de queso.
			10	5B0110	Manipuladores de enzimas.
			11	5B0111	Trabajadores de silos y molinos.
			12	5B0112	Trabajos de agricultura.
			13	5B0113	Granjeros, ganaderos, veterinarios y procesadores de carne.
			14	5B0114	Trabajos en avicultura.
			15	5B0115	Trabajos en piscicultura.
			16	5B0116	Industria química.
			17	5B0117	Industria del plástico, Industria del látex.
			18	5B0118	Industria farmacéutica.
			19	5B0119	Industria textil.
			20	5B0120	Industria del papel.
			21	5B0121	Industria del cuero.
			22	5B0122	Industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera.
			23	5B0123	Personal sanitario, higienistas dentales.
			24	5B0124	Personal de laboratorios médicos y farmacéuticos.
			25	5B0125	Trabajos con harinas de pescado y piensos compuestos.

			26	5B0126	Personal de zoológicos, entomólogos.
			27	5B0127	Encuadernadores.
			28	5B0128	Personal de limpieza.
			29	5B0129	Trabajos en los que se manipula cáñamo, bagazo de caña de azúcar, yute, lino, esparto, sisal.
			30	5B0130	Construcción.
	C	01			Sustancias fotosensibilizantes exógenas
			01	5C0101	Toda industria o trabajo en los que se entre en contacto con sustancias fotosensibilizantes y conlleve una dosis de exposición lumínica.
	D	01			Agentes infecciosos
			01	5D0101	Personal sanitario.
			02	5D0102	Personal no sanitario, trabajadores de centros asistenciales o de cuidados de enfermos, tanto a nivel ambulatorio, de instituciones cerradas o domicilio.
			03	5D0103	Trabajadores de laboratorios de investigación o análisis clínicos.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			04	5D0104	Trabajos de toma, manipulación o empleo de sangre humana o sus derivados.
			05	5D0105	Odontólogos.
			06	5D0106	Personal de auxilio.
			07	5D0107	Personal del orden público.
			08	5D0108	Trabajadores de centros penitenciarios.
			09	5D0109	Ganaderos.
			10	5D0110	Veterinario.
			11	5D0111	Matarifes.
			12	5D0112	Agricultores.
			13	5D0113	Industria alimentaria.
			14	5D0114	Carniceros.

6					Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos
	A				Amianto:
		01			-Neoplasia maligna de bronquio y pulmón.
			01	6A0101	Industrias en las que se utiliza amianto (por ejemplo, minas de rocas amiantíferas, industria de producción de amianto, trabajos de aislamientos, trabajos de construcción, construcción naval, trabajos en garajes, etc.).
					Trabajos expuestos a la inhalación de polvos de amianto (asbesto), y especialmente:
			02	6A0102	Trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales o rocas amiantíferas.
			03	6A0103	Fabricación de tejidos, cartones y papeles de amianto.
			04	6A0104	Tratamiento preparatorio de fibras de amianto (cardado, hilado, tramado, etc.).
			05	6A0105	Aplicación de amianto a pistola (chimeneas, fondos de automóviles y vagones).
			06	6A0106	Trabajos de aislamiento térmico en construcción naval y de edificios.
			07	6A0107	Fabricación de guarniciones para frenos y embragues, de productos de fibrocemento, de equipos contra incendios, de filtros y cartón de amianto, de juntas de amianto y caucho.
			08	6A0108	Desmontaje y demolición de instalaciones que contengan amianto.
			09	6A0109	Limpieza, mantenimiento y reparación de acumuladores de calor u otras máquinas que tengan componentes de amianto.
			10	6A0110	Trabajos de reparación de vehículos automóviles.
			11	6A0111	Aserrado de fibrocemento.
			12	6A0112	Trabajos que impliquen la eliminación de materiales con amianto

		02			-Mesotelioma.
			01	6A0201	Industrias en las que se utiliza amianto (por ejemplo, minas de rocas amiantíferas, industria de producción de amianto, trabajos de aislamientos, trabajos de construcción, construcción naval, trabajos en garajes, etc.).
					Trabajos expuestos a la inhalación de polvos de amianto (asbesto), y especialmente:
			02	6A0202	Trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales o rocas amiantíferas.
			03	6A0203	Fabricación de tejidos, cartones y papeles de amianto.
			04	6A0204	Tratamiento preparatorio de fibras de amianto (cardado, hilado, tramado, etc.).
			05	6A0205	Aplicación de amianto a pistola (chimeneas, fondos de automóviles y vagones).
			06	6A0206	Trabajos de aislamiento térmico en construcción naval y de edificios.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			07	6A0207	Fabricación de guarniciones para frenos y embragues, de productos de fibrocemento, de equipos contra incendios, de filtros y cartón de amianto, de juntas de amianto y caucho.
			08	6A0208	Desmontaje y demolición de instalaciones que contengan amianto.
			09	6A0209	Limpieza, mantenimiento y reparación de acumuladores de calor u otras máquinas que tengan componentes de amianto.
			10	6A0210	Trabajos de reparación de vehículos automóviles.
			11	6A0211	Aserrado de fibrocemento.
			12	6A0212	Trabajos que impliquen la eliminación

					de materiales con amianto
		03			-Mesotelioma de pleura.
			01	6A0301	Industrias en las que se utiliza amianto (por ejemplo, minas de rocas amiantíferas, industria de producción de amianto, trabajos de aislamientos, trabajos de construcción, construcción naval, trabajos en garajes, etc.).
					Trabajos expuestos a la inhalación de polvos de amianto (asbesto), y especialmente:
			02	6A0302	Trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales o rocas amiantíferas.
			03	6A0303	Fabricación de tejidos, cartones y papeles de amianto.
			04	6A0304	Tratamiento preparatorio de fibras de amianto (cardado, hilado, tramado, etc.).
			05	6A0305	Aplicación de amianto a pistola (chimeneas, fondos de automóviles y vagones).
			06	6A0306	Trabajos de aislamiento térmico en construcción naval y de edificios.
			07	6A0307	Fabricación de guarniciones para frenos y embragues, de productos de fibrocemento, de equipos contra incendios, de filtros y cartón de amianto, de juntas de amianto y caucho.
			08	6A0308	Desmontaje y demolición de instalaciones que contengan amianto.
			09	6A0309	Limpieza, mantenimiento y reparación de acumuladores de calor u otras máquinas que tengan componentes de amianto.
			10	6A0310	Trabajos de reparación de vehículos automóviles.
			11	6A0311	Aserrado de fibrocemento.
			12	6A0312	Trabajos que impliquen la eliminación de materiales con amianto
		04			-Mesotelioma de peritoneo.
			01	6A0401	Industrias en las que se utiliza amianto

					(por ejemplo, minas de rocas amiantíferas, industria de producción de amianto, trabajos de aislamientos, trabajos de construcción, construcción naval, trabajos en garajes, etc.).
					Trabajos expuestos a la inhalación de polvos de amianto (asbesto), y especialmente:
			02	6A0402	Trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales o rocas amiantíferas.
			03	6A0403	Fabricación de tejidos, cartones y papeles de amianto.
			04	6A0404	Tratamiento preparatorio de fibras de amianto (cardado, hilado, tramado, etc.).
			05	6A0405	Aplicación de amianto a pistola (chimeneas, fondos de automóviles y vagones).
			06	6A0406	Trabajos de aislamiento térmico en construcción naval y de edificios.
			07	6A0407	Fabricación de guarniciones para frenos y embragues, de productos de fibrocemento, de equipos contra incendios, de filtros y cartón de amianto, de juntas de amianto y caucho.
			08	6A0408	Desmontaje y demolición de instalaciones que contengan amianto.
			09	6A0409	Limpieza, mantenimiento y reparación de acumuladores de calor u otras máquinas que tengan componentes de amianto.
			10	6A0410	Trabajos de reparación de vehículos automóviles.
			11	6A0411	Aserrado de fibrocemento.
			12	6A0412	Trabajos que impliquen la eliminación de materiales con amianto

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
		05			-Mesotelioma de otras localizaciones.

			01	6A0501	Industrias en las que se utiliza amianto (por ejemplo, minas de rocas amiantíferas, industria de producción de amianto, trabajos de aislamientos, trabajos de construcción, construcción naval, trabajos en garajes, etc.).
					Trabajos expuestos a la inhalación de polvos de amianto (asbesto), y especialmente:
			02	6A0502	Trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales o rocas amiantíferas.
			03	6A0503	Fabricación de tejidos, cartones y papeles de amianto.
			04	6A0504	Tratamiento preparatorio de fibras de amianto (cardado, hilado, tramado, etc.).
			05	6A0505	Aplicación de amianto a pistola (chimeneas, fondos de automóviles y vagones).
			06	6A0506	Trabajos de aislamiento térmico en construcción naval y de edificios.
			07	6A0507	Fabricación de guarniciones para frenos y embragues, de productos de fibrocemento, de equipos contra incendios, de filtros y cartón de amianto, de juntas de amianto y caucho.
			08	6A0508	Desmontaje y demolición de instalaciones que contengan amianto.
			09	6A0509	Limpieza, mantenimiento y reparación de acumuladores de calor u otras máquinas que tengan componentes de amianto.
			10	6A0510	Trabajos de reparación de vehículos automóviles.
			11	6A0511	Aserrado de fibrocemento.
			12	6A0512	Trabajos que impliquen la eliminación de materiales con amianto
	B				Aminas aromáticas:
		01			-Neoplasia maligna de vejiga.
					Fabricación y empleo de aminas aromáticas, y especialmente:

			01	6B0101	Trabajadores del caucho.
			02	6B0102	Trabajos en los que se emplee tintes, alfa-naftilamina y beta-naftilamina, bencidina, colorantes con base de bencidina, aminodifenilo, nitrodifenilo, auramina, magenta y sus sales.
	C				Arsénico y sus compuestos:
		01			-Neoplasia maligna de bronquio y pulmón.
					Preparación, empleo y manipulación del arsénico y sus compuestos, y especialmente:
			01	6C0101	Minería del arsénico, fundición de cobre, producción de cobre.
			02	6C0102	Decapado de metales y limpieza de metales.
			03	6C0103	Revestimiento electrolítico de metales.
			04	6C0104	Calcinación, fundición y refino de minerales arseníferos.
			05	6C0105	Producción y uso de pesticidas arsenicales, herbicidas e insecticidas.
			06	6C0106	Fabricación y empleo de colorantes y pinturas que contengan compuestos de arsénico.
			07	6C0107	Industria de colorantes arsenicales.
			08	6C0108	Aleación con otros metales (Pb).
			09	6C0109	Refino de Cu, Pb, Zn, Co (presente como impureza).
			10	6C0110	-Tratamiento de cueros y maderas con agentes de conservación a base de compuestos arsenicales.
			11	6C0111	Conservación de pieles.
			12	6C0112	Taxidermia.
			13	6C0113	Pirotecnia.
			14	6C0114	Fabricación de municiones y baterías de polarización.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas

			15	6C0115	Industria farmacéutica.
			16	6C0116	Preparación del ácido sulfúrico partiendo de piritas arseníferas.
			17	6C0117	Empleo del anhídrido arsenioso en la fabricación del vidrio.
			18	6C0118	Fabricación de acero al silicio.
			19	6C0119	Desincrustado de calderas.
			20	6C0120	Industria de caucho.
			21	6C0121	Fabricación de vidrio: preparación y mezcla de la pasta, fusión y colada, manipulación de aditivos.
			22	6C0122	Restauradores de arte.
			23	6C0123	Utilización de compuestos arsenicales en electrónica.
		02			-Carcinoma epidermoide de piel.
					Preparación, empleo y manipulación del arsénico y sus compuestos, especialmente:
			01	6C0201	Minería del arsénico, fundición de cobre, producción de cobre.
			02	6C0202	Decapado de metales y limpieza de metales.
			03	6C0203	Revestimiento electrolítico de metales.
			04	6C0204	Calcinación, fundición y refino de minerales arseníferos.
			05	6C0205	Producción y uso de pesticidas arsenicales, herbicidas e insecticidas.
			06	6C0206	Fabricación y empleo de colorantes y pinturas que contengan compuestos de arsénico.
			07	6C0207	Industria de colorantes arsenicales.
			08	6C0208	Aleación con otros metales (Pb).
			09	6C0209	Refino de Cu, Pb, Zn, Co (presente como impureza).
			10	6C0210	Tratamiento de cueros y maderas con agentes de conservación a base de compuestos arsenicales.
			11	6C0211	Conservación de pieles.
			12	6C0212	Taxidermia.

			13	6C0213	Pirotecnia.
			14	6C0214	Fabricación de municiones y baterías de polarización.
			15	6C0215	Industria farmacéutica.
			16	6C0216	Preparación del ácido sulfúrico partiendo de piritas arseníferas.
			17	6C0217	Empleo del anhídrido arsenioso en la fabricación del vidrio.
			18	6C0218	Fabricación de acero al silicio.
			19	6C0219	Desincrustado de calderas.
			20	6C0220	Industria de caucho.
			21	6C0221	Fabricación de vidrio: preparación y mezcla de la pasta, fusión y colada, manipulación de aditivos.
			22	6C0222	Restauradores de arte.
			23	6C0223	Utilización de compuestos arsenicales en electrónica.
		03			-Disqueratosis lenticular en disco (Enfermedad de Bowen).
					Preparación, empleo y manipulación del arsénico y sus compuestos, especialmente:
			01	6C0301	Minería del arsénico, fundición de cobre, producción de cobre.
			02	6C0302	Decapado de metales y limpieza de metales.
			03	6C0303	Revestimiento electrolítico de metales.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			04	6C0304	Calcinación, fundición y refino de minerales arseníferos.
			05	6C0305	Producción y uso de pesticidas arsenicales, herbicidas e insecticidas.
			06	6C0306	Fabricación y empleo de colorantes y pinturas que contengan compuestos de arsénico.
			07	6C0307	Industria de colorantes arsenicales.

			08	6C0308	Aleación con otros metales (Pb).
			09	6C0309	Refino de Cu, Pb, Zn, Co (presente como impureza).
			10	6C0310	Tratamiento de cueros y maderas con agentes de conservación a base de compuestos arsenicales.
			11	6C0311	Conservación de pieles.
			12	6C0312	Taxidermia.
			13	6C0313	Pirotecnia.
			14	6C0314	Fabricación de municiones y baterías de polarización.
			15	6C0315	Industria farmacéutica.
			16	6C0316	Preparación del ácido sulfúrico partiendo de piritas arseníferas.
			17	6C0317	Empleo del anhídrido arsenioso en la fabricación del vidrio.
			18	6C0318	Fabricación de acero al silicio.
			19	6C0319	Desincrustado de calderas.
			20	6C0320	Industria de caucho.
			21	6C0321	Fabricación de vidrio: preparación y mezcla de la pasta, fusión y colada, manipulación de aditivos.
			22	6C0322	Restauradores de arte.
			23	6C0323	Utilización de compuestos arsenicales en electrónica.
		04			-Angiosarcoma del hígado.
					Preparación, empleo y manipulación del arsénico y sus compuestos, especialmente:
			01	6C0401	Minería del arsénico, fundición de cobre, producción de cobre.
			02	6C0402	Decapado de metales y limpieza de metales.
			03	6C0403	Revestimiento electrolítico de metales.
			04	6C0404	Calcinación, fundición y refino de minerales arseníferos.
			05	6C0405	Producción y uso de pesticidas arsenicales, herbicidas e insecticidas.
			06	6C0406	Fabricación y empleo de colorantes y

					pinturas que contengan compuestos de arsénico.
			07	6C0407	Industria de colorantes arsenicales.
			08	6C0408	Aleación con otros metales (Pb).
			09	6C0409	Refino de Cu, Pb, Zn, Co (presente como impureza).
			10	6C0410	Tratamiento de cueros y maderas con agentes de conservación a base de compuestos arsenicales.
			11	6C0411	Conservación de pieles.
			12	6C0412	Taxidermia.
			13	6C0413	Pirotecnia.
			14	6C0414	Fabricación de municiones y baterías de polarización.
			15	6C0415	Industria farmacéutica.
			16	6C0416	Preparación del ácido sulfúrico partiendo de piritas arseníferas.
			17	6C0417	Empleo del anhídrido arsenioso en la fabricación del vidrio.
			18	6C0418	Fabricación de acero al silicio.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			19	6C0419	Desincrustado de calderas.
			20	6C0420	Industria de caucho.
			21	6C0421	Fabricación de vidrio: preparación y mezcla de la pasta, fusión y colada, manipulación de aditivos.
			22	6C0422	Restauradores de arte.
			23	6C0423	Utilización de compuestos arsenicales en electrónica.
	D				Benceno:
		01			-Síndromes linfo y mieloproliferativos Fabricación, extracción, rectificación, empleo y manipulación del benceno, y especialmente:
			01	6D0101	Ocupaciones con exposición a benceno, por ejemplo, hornos de coque, uso de

					disolventes que contienen benceno.
			02	6D0102	Empleo del benceno para la preparación de sus derivados.
			03	6D0103	Empleo del benceno como decapante, como diluente, como disolvente.
			04	6D0104	Preparación, distribución y limpieza de tanques de carburantes que contengan benceno.
			05	6D0105	Trabajos de laboratorio en los que se emplee benceno.
	E				Berilio:
		01			-Neoplasia maligna de bronquio y pulmón.
					Manipulación y empleo del berilio y sus compuestos (fluoruro doble de glucinio y sodio), y especialmente:
			01	6E0101	Extracción y metalurgia de berilio, industria aeroespacial, industria nuclear.
			02	6E0102	Extracción del berilio de los minerales.
			03	6E0103	Preparación de aleaciones y compuestos de berilio.
			04	6E0104	Fabricación de cristales, cerámicas, porcelanas y productos altamente refractarios.
			05	6E0105	Fabricación de barras de control de reactores nucleares.
	F				Bis-(cloro-metil) éter:
		01			-Neoplasia maligna de bronquio y pulmón.
			01	6F0101	Síntesis de plásticos.
			02	6F0102	Síntesis de resinas de intercambio iónico.
			03	6F0103	Tratamientos de caucho vulcanizado.
	G				Cadmio:
		01			-Neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.
					Preparación y empleo industrial de cadmio, y esencialmente:
			01	6G0101	Preparación del cadmio por procesado

					del cinc, cobre o plomo.
			02	6G0102	Fabricación de acumuladores de níquelcadmio.
			03	6G0103	Fabricación de pigmentos cadmíferos para pinturas, esmaltes, materias plásticas, papel, caucho, pirotecnia.
			04	6G0104	Fabricación de lámparas fluorescentes.
			05	6G0105	Cadmiado electrolítico.
			06	6G0106	Soldadura y oxicorte de piezas con cadmio.
			07	6G0107	Procesado de residuos que contengan cadmio.
			08	6G0108	Fabricación de barras de control de reactores nucleares.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			09	6G0109	Fabricación de células fotoeléctricas.
			10	6G0110	Fabricación de varillas de soldadura.
			11	6G0111	Trabajos en horno de fundición de hierro o acero.
			12	6G0112	Fusión y colada de vidrio.
			13	6G0113	Aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan cadmio.
			14	6G0114	Barnizado y esmaltado de cerámica.
			15	6G0115	Tratamiento de residuos peligrosos en actividades de saneamiento público.
			16	6G0116	Fabricación de pesticidas.
			17	6G0117	Fabricación de amalgamas dentales.
			18	6G0118	Fabricación de joyas.
	H				Cloruro de vinilo monómero:
		01			Neoplasia maligna de hígado y conductos biliares intrahepáticos
			01	6H0101	Producción y polimerización de cloruro de vinilo.
		02			Angiosarcoma de hígado
			01	6H0201	Producción y polimerización de cloruro

					de vinilo.
	I				Cromo VI y compuestos de cromo VI:
		01			-Neoplasia maligna de cavidad nasal.
					Preparación, empleo y manipulación de los compuestos de cromo hexavalente, especialmente los cromatos, dicromatos alcalinos y el ácido crómico, y especialmente:
			01	6I0101	Fabricación de catalizadores, productos químicos para la curtición, y productos de tratamiento de la madera que contengan compuestos de cromo.
			02	6I0102	Fabricación y empleo de pigmentos, colorantes y pinturas a base de compuestos de cromo.
			03	6I0103	Aserrado y mecanizado de madera tratada con compuestos de cromo.
			04	6I0104	Aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan cromo.
			05	6I0105	Curtido al cromo de pieles.
			06	6I0106	Preparación de clichés de fotograbado por coloides bicromados.
			07	6I0107	Fabricación de cerillas o fósforos.
			08	6I0108	Galvanoplastia y tratamiento de superficies de metales con cromo.
			09	6I0109	Decapado y limpieza de metales y vidrios (ácido sulfocrómico o ácido crómico).
			10	6I0110	Fabricación de cromatos alcalinos.
			11	6I0111	Litograbados.
			12	6I0112	Fabricación de aceros inoxidables.
			13	6I0113	Trabajos que implican soldadura y oxicorte de aceros inoxidables.
			14	6I0114	Fabricación de cemento y sus derivados.
			15	6I0115	Procesado de residuos que contengan cromo.
		02			-Neoplasia maligna de bronquio y pulmón.
					Preparación, empleo y manipulación de

					los compuestos de cromo hexavalente, especialmente los cromatos, dicromatos alcalinos y el ácido crómico, y especialmente:
			01	6I0201	Fabricación de catalizadores, productos químicos para la curtición, y productos de tratamiento de la madera que contengan compuestos de cromo.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			02	6I0202	Fabricación y empleo de pigmentos, colorantes y pinturas a base de compuestos de cromo.
			03	6I0203	Aserrado y mecanizado de madera tratada con compuestos de cromo.
			04	6I0204	Aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan cromo.
			05	6I0205	Curtido al cromo de pieles.
			06	6I0206	Preparación de clichés de fotograbado por coloides bicromados.
			07	6I0207	Fabricación de cerillas o fósforos.
			08	6I0208	Galvanoplastia y tratamiento de superficies de metales con cromo.
			09	6I0209	Decapado y limpieza de metales y vidrios (ácido sulfocrómico o ácido crómico).
			10	6I0210	Fabricación de cromatos alcalinos.
			11	6I0211	Litograbados.
			12	6I0212	Fabricación de aceros inoxidables.
			13	6I0213	Trabajos que implican soldadura y oxicorte de aceros inoxidables.
			14	6I0214	Fabricación de cemento y sus derivados.
			15	6I0215	Procesado de residuos que contengan cromo.
	J				Hidrocarburos aromáticos policíclicos (PAH), productos de destilación del carbón: hollín, alquitrán, betún, brea, antraceno, aceites minerales, parafina bruta y a los compuestos, productos,

					residuos de estas sustancias y a otros factores carcinógenos. Destilación de la hulla:
		01			Lesiones premalignas de piel.
			01	6J0101	Fabricación de pigmentos, deshollinado de chimeneas, pavimentación de carreteras, aislamientos.
			02	6J0102	Preparación de aditivos para papel autocopiativo.
			03	6J0103	Operaciones de laminado en metalurgia.
			04	6J0104	Fabricación de cables eléctricos.
			05	6J0105	Fabricación de tela asfáltica.
			06	6J0106	Trabajos en hornos de carbón o coque.
			07	6J0107	Procesos de fabricación en los que se utilice polvo de carbón.
			08	6J0108	Producción de aluminio.
			09	6J0109	Fabricación de electrodos.
			10	6J0110	Producción, transporte y almacenamiento de productos de asfalto.
			11	6J0111	Operaciones de destilación en la industria del petróleo.
			12	6J0112	Trabajos de pavimentación.
			13	6J0113	Trabajos de eliminación de suelos asfaltados.
			14	6J0114	Aplicación de pinturas con base de alquitrán.
			15	6J0115	Tratamiento antióxido de vehículos.
			16	6J0116	Conductores de vehículos automóviles.
			17	6J0117	Montadores de motores.
			18	6J0118	Mecánicos (trabajos de reparación de vehículos).
			19	6J0119	Trabajadores de aparcamientos.
			20	6J0120	Trabajos en unidades de combustión (calderas).
			21	6J0121	Producción de gas ciudad.
			22	6J0122	Mantenimiento de redes eléctricas subterráneas.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			23	6J0123	Producción de ladrillos refractarios y cerámicos.
			24	6J0124	Producción de carburo de silíceo.
			25	6J0125	Fabricación de neumáticos.
			26	6J0126	Trabajos de impresión en artes gráficas.
		02			Carcinoma de células escamosas.
			01	6J0201	Fabricación de pigmentos, deshollinado de chimeneas, pavimentación de carreteras, aislamientos.
			02	6J0202	Preparación de aditivos para papel autocopiativo.
			03	6J0203	Operaciones de laminado en metalurgia.
			04	6J0204	Fabricación de cables eléctricos.
			05	6J0205	Fabricación de tela asfáltica.
			06	6J0206	Trabajos en hornos de carbón o coque.
			07	6J0207	Procesos de fabricación en los que se utilice polvo de carbón.
			08	6J0208	Producción de aluminio.
			09	6J0209	Fabricación de electrodos.
			10	6J0210	Producción, transporte y almacenamientos de productos de asfalto.
			11	6J0211	Operaciones de destilación en la industria del petróleo.
			12	6J0212	Trabajos de pavimentación.
			13	6J0213	Trabajos de eliminación de suelos asfaltados.
			14	6J0214	Aplicación de pinturas con base de alquitrán.
			15	6J0215	Tratamiento antióxido de vehículos.
			16	6J0216	Conductores de vehículos automóviles.
			17	6J0217	Montadores de motores.
			18	6J0218	Mecánicos (trabajos de reparación de vehículos).
			19	6J0219	Trabajadores de aparcamientos.

			20	6J0220	Trabajos en unidades de combustión (calderas).
			21	6J0221	Producción de gas ciudad.
			22	6J0222	Mantenimiento de redes eléctricas subterráneas.
			23	6J0223	Producción de ladrillos refractarios y cerámicos.
			24	6J0224	Producción de carburo de silicio.
			25	6J0225	Fabricación de neumáticos.
			26	6J0226	Trabajos de impresión en artes gráficas.
	K				Níquel y compuestos de níquel:
		01			-Neoplasia maligna de cavidad nasal.
			01	6K0101	Fundición y refino de níquel, producción de acero inoxidable, fabricación de baterías.
			02	6K0102	Producción de níquel por el proceso Mond.
			03	6K0103	Niquelado electrolítico de los metales.
			04	6K0104	Trabajos de bisutería.
			05	6K0105	Fabricación de aleaciones con níquel (cobre, manganeso, zinc, cromo, hierro, molibdeno).
			06	6K0106	Fabricación de aceros especiales al níquel (ferroníquel). Fabricación de acumuladores al níquelcadmio.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			07	6K0107	Empleo como catalizador en la industria química.
			08	6K0108	Trabajos que implican soldadura y oxicorte de acero inoxidable.
			09	6K0109	Trabajos en horno de fundición de hierro y de acero inoxidable.
			10	6K0110	Desbarbado y limpieza de piezas de fundición.
			11	6K0111	Industria de cerámica y vidrio.
			12	6K0112	Aplicación por proyección de pinturas y

					barnices que contengan níquel.
			13	6K0113	Procesado de residuos que contengan níquel.
		02			-Cáncer primitivo del etmoides y de los senos de la cara.
			01	6K0201	Fundición y refino de níquel, producción de acero inoxidable, fabricación de baterías.
			02	6K0202	Producción de níquel por el proceso Mond.
			03	6K0203	Niquelado electrolítico de los metales.
			04	6K0204	Trabajos de bisutería.
			05	6K0205	Fabricación de aleaciones con níquel (cobre, manganeso, zinc, cromo, hierro, molibdeno).
			06	6K0206	Fabricación de aceros especiales al níquel (ferroníquel) Fabricación de acumuladores al níquelcadmio.
			07	6K0207	Empleo como catalizador en la industria química.
			08	6K0208	Trabajos que implican soldadura y oxicorte de acero inoxidable.
			09	6K0209	Trabajos en horno de fundición de hierro y de acero inoxidable.
			10	6K0210	Desbarbado y limpieza de piezas de fundición.
			11	6K0211	Industria de cerámica y vidrio.
			12	6K0212	Aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan níquel.
			13	6K0213	Procesado de residuos que contengan níquel.
		03			Neoplasia maligna de bronquio y pulmón.
			01	6K0301	Fundición y refino de níquel, producción de acero inoxidable, fabricación de baterías.
			02	6K0302	Producción de níquel por el proceso Mond.
			03	6K0303	Niquelado electrolítico de los metales.
			04	6K0304	Trabajos de bisutería.

			05	6K0305	Fabricación de aleaciones con níquel (cobre, manganeso, zinc, cromo, hierro, molibdeno).
			06	6K0306	Fabricación de aceros especiales al níquel (ferroníquel) Fabricación de acumuladores al níquelcadmio.
			07	6K0307	Empleo como catalizador en la industria química.
			08	6K0308	Trabajos que implican soldadura y oxicorte de acero inoxidable.
			09	6K0309	Trabajos en horno de fundición de hierro y de acero inoxidable.
			10	6K0310	Desbarbado y limpieza de piezas de fundición.
			11	6K0311	Industria de cerámica y vidrio.
			12	6K0312	Aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan níquel.
			13	6K0313	Procesado de residuos que contengan níquel.
	L				Polvo de madera dura:
		01			Neoplasia maligna de cavidad nasal.
					Trabajos con madera dura reconocidos como agente cancerígeno, tales como:
			01	6L0101	Fabricación de muebles.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			02	6L0102	Trabajos de tala de árboles.
			03	6L0103	Trabajos en aserraderos.
			04	6L0104	Triturado de la madera en la industria del papel.
			05	6L0105	Modelistas de madera.
			06	6L0106	Prensado de madera.
			07	6L0107	Mecanizado y montaje de piezas de madera.
			08	6L0108	Trabajos de acabado de productos de madera, contrachapado y aglomerado.
			09	6L0109	Lijado de parqué, tarima, etc.

	M				Radón:
		01			-Neoplasia maligna de bronquio y pulmón.
			01	6M0101	Minería subterránea, procesos con productos de la cadena radiactiva de origen natural del Uranio-238 precursores del Radón-222.
	N				Radiación ionizante:
		01			Síndromes linfo y mieloproliferativos.
					Todos los trabajos expuestos a la acción de los rayos X o de las sustancias radiactivas naturales o artificiales o a cualquier fuente de emisión corpuscular, y especialmente:
			01	6N0101	Trabajos de extracción y tratamiento de minerales radiactivos.
			02	6N0102	Fabricación de aparatos de rayos X y de radioterapia.
			03	6N0103	Fabricación de productos químicos y farmacéuticos radiactivos.
			04	6N0104	Empleo de sustancias radiactivas y rayos X en los laboratorios de investigación.
			05	6N0105	Fabricación y aplicación de productos luminosos con sustancias radiactivas en pinturas de esferas de relojería.
			06	6N0206	Trabajos industriales en que se utilicen rayos X y materiales radiactivos, medidas de espesor y de desgaste.
			07	6N0107	Trabajos en las consultas de radiodiagnóstico, de radio y radioterapia y de aplicación de isótopos radiactivos, en consultas, clínicas, sanatorios, residencias y hospitales.
			08	6N0108	Conservación de alimentos por radiaciones ionizantes.
			09	6N0109	Reactores de investigación y centrales nucleares.
			10	6N0110	Instalaciones de producción y tratamiento de radioelementos o isótopos radiactivos.
			11	6N0111	Fabrica de enriquecimiento de

					combustibles nucleares.
			12	6N0112	Instalaciones de tratamiento y almacenamiento de residuos radiactivos.
			13	6N0113	Transporte de materias radiactivas.
			14	6N0114	Aceleradores de partículas, fuentes de gammagrafía, bombas de cobalto, etc.
		02			Carcinoma epidermoide de piel.
					Todos los trabajos expuestos a la acción de los rayos X o de las sustancias radiactivas naturales o artificiales o a cualquier fuente de emisión corpuscular, y especialmente:
			01	6N0201	Trabajos de extracción y tratamiento de minerales radiactivos.
			02	6N0202	Fabricación de aparatos de rayos X y de radioterapia.
			03	6N0203	Fabricación de productos químicos y farmacéuticos radiactivos.
			04	6N0204	Empleo de sustancias radiactivas y rayos X en los laboratorios de investigación.
			05	6N0205	Fabricación y aplicación de productos luminosos con sustancias radiactivas en pinturas de esferas de relojería.
			06	6N0206	Trabajos industriales en que se utilicen rayos X y materiales radiactivos, medidas de espesor y de desgaste.

Grupo	Agente	Subagente	Actividad	Código	Enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas
			07	6N0207	Trabajos en las consultas de radiodiagnóstico, de radio y radioterapia y de aplicación de isótopos radiactivos, en consultas, clínicas, sanatorios, residencias y hospitales.
			08	6N0208	Conservación de alimentos por radiaciones ionizantes.
			09	6N0209	Reactores de investigación y centrales nucleares.

			10	6N0210	Instalaciones de producción y tratamiento de radioelementos o isótopos radiactivos.
			11	6N0211	Fabrica de enriquecimiento de combustibles nucleares.
			12	6N0212	Instalaciones de tratamiento y almacenamiento de residuos radiactivos.
			13	6N0213	Transporte de materias radiactivas.
			14	6N0214	Aceleradores de partículas, fuentes de gammagrafía, bombas de cobalto, etc.
	O				Aminas (primarias, secundarias, terciarias, heterocíclicas) e hidracinas aromáticas y sus derivados halógenos, fenólicos, nitrosados, nitrados y sulfonados:
		01			-Cáncer vesical.
			01	6O0101	Fabricación de estas sustancias y su utilización como productos intermediarios en la industria de colorantes sintéticos y en numerosas síntesis orgánicas, en la industria química, en la industria de insecticidas, en la industria farmacéutica, etc.
			02	6O0102	Fabricación y utilización de derivados utilizados como aceleradores y como antioxidantes en la industria del caucho.
			03	6O0103	Fabricación de ciertos explosivos.
			04	6O0104	Utilización como colorantes en la industria del cuero, de pieles del calzado, de productos capilares, etc., así como en papelería y en productos de peluquería.
			05	6O0105	Utilización de reveladores (para-aminofenoles) en la industria fotográfica.
	P				Nitrobenceno:
		01			Linfoma.
			01	6P0101	Utilización como disolventes.
			02	6P0102	Producción de colorantes, pigmentos, tintes.
			03	6P0103	Fabricación de explosivos.

			04	6P0104	Industria farmacéutica y cosmética.
			05	6P0105	Industria del plástico.
			06	6P0106	Utilización como pesticidas.
			07	6P0107	Utilización en la industria textil, química, del papel.
			08	6P0108	Utilización en laboratorios.
			09	6P0109	Utilización de nitrobenceno como enmascarador de olores.
			10	6P0110	Utilización de dinitrobenceno en la producción de celuloide, etc.
	Q	01			Ácido cianhídrico, cianuros, compuestos de cianógeno y acrilonitrilos.
			01	6Q0101	Preparación de ácido cianhídrico líquido, cianuros, ferrocianuros y otros derivados.
			02	6Q0102	Utilización del ácido cianhídrico gaseoso en la lucha contra los insectos parásitos en agricultura y contra los roedores.
			03	6Q0103	Obtención de metales preciosos (oro y plata) por cianuración.
			04	6Q0104	Fabricación de joyas.
			05	6Q0105	Empleo de cianuro en las operaciones de galvanoplastia (niquelado, cadmiado, cobrizado, etc.).
			06	6Q0106	Tratamiento térmico de piezas metálicas.
			07	6Q0107	Fabricación de "plexiglás" (acetonacianhidrina).
			08	6Q0108	Utilización de acrilonitrilo como pesticida.
			09	6Q0109	Fabricación y manipulación de cianamida cálcica y su utilización como abono.
			10	6Q0110	Producción de acrilatos, sales de amonio, cianógeno, y otras sustancias químicas de síntesis.
			11	6Q0111	Fabricación de limpia metales.
			12	6Q0112	Fabricación de colorantes, pigmentos plásticos y fibras sintéticas.

			13	6Q0113	Emisiones gaseosas en los altos hornos, hornos de coque o combustión de espumas de poliuretano.
			14	6Q0114	Uso en laboratorio.

ANEXO 2. LISTA COMPLEMENTARIA DE ENFERMEDADES CUYO ORIGEN PROFESIONAL SE SOSPECHA Y CUYA INCLUSION EN EL CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES PODRIA CONTEMPLARSE EN EL FUTURO.

Grupo 1: Enfermedades provocadas por agentes químicos.

Grupo 2: Enfermedades provocadas por agentes físicos.

Grupo 3: Enfermedades provocadas por agentes biológicos.

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

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

Grupo 6: Enfermedades provocadas por agentes carcinogénicos.

Lista	Grupo	Agente	Código	Descripción
C				Lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha
	1			Enfermedades provocadas por agentes químicos:
		01	C101	Ozono.
		02	C102	Hidrocarburos alifáticos distintos a los considerados en el cuadro de enfermedades profesionales.
		03	C103	Decalina.
		04	C104	Ácidos aromáticos anhídridos aromáticos, o sus derivados halogenados.
		05	C105	Óxido de bifenilo.
		06	C106	Tiofeno.
		07	C107	Metracrilonitrilo, Acetonitrilo.
		08	C108	Tioalcoholes.
		09	C109	Mercaptanos y tioéteres.
		10	C110	Alcoholes o sus derivados halogenados no comprendidos en el cuadro de enfermedades profesionales.
		11	C111	Glicoles o sus derivados halogenados no comprendidos en el cuadro de enfermedades profesionales.
		12	C112	Éteres o sus derivados halogenados no comprendidos en el cuadro de enfermedades profesionales.
		13	C113	Cetonas o sus derivados halogenados no comprendidos en el cuadro de enfermedades profesionales.

		14	C114	Ésteres o sus derivados halogenados no comprendidos en el cuadro de enfermedades profesionales.
		15	C115	Tiofenoles, sus homólogos o sus derivados halogenados.
		16	C116	Plata.
		17	C117	Selenio.
		18	C118	Cobre.
		19	C119	Zinc.
		20	C120	Magnesio.
		21	C121	Platino.
		22	C122	Tantalio.
		23	C123	Titanio.
		24	C124	Terpenos.
		25	C125	Boranos.
		26	C126	Enfermedades provocadas por la inhalación de polvo de nácar.
		27	C127	Enfermedades provocadas por sustancias hormonales.
		28	C128	Caries dental debida al trabajo en industrias chocolateras, del azúcar y de la harina.
		29	C129	Óxido de silicio.
		30	C130	Hidrocarburos aromáticos policíclicos no incluidos en otros epígrafes.
		31	C131	Dimetilformamida.
	2			Enfermedades provocadas por agentes físicos:
		01	C201	Enfermedades provocadas por vibraciones verticales repetitivas: Discopatías de la columna dorsolumbar causadas por vibraciones verticales repetidas de todo el cuerpo.
		02	C202	Enfermedades provocadas por el frío.
	3			Enfermedades provocadas por agentes biológicos:
			C300	(No existen enfermedades susceptibles de inclusión en este Grupo en la fecha de publicación del Real Decreto, toda vez que las que podrían estarlo han sido ya incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales.)
	4			Enfermedades provocadas por inhalación de sustancias no comprendidas en otros grupos:
		01	C401	Fibrosis pulmonares debidas a metales no incluidos en otros apartados.
		02	C402	Afecciones broncopulmonares debidas a fibras minerales

				artificiales.
		03	C403	Afecciones broncopulmonares debidas a fibras sintéticas.
		04	C404	Afecciones respiratorias, en concreto asma, causadas por sustancias irritativas no recogidas en el cuadro de enfermedades profesionales.
	5			Enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros grupos:
		01	C501	Afecciones cutáneas alérgicas y ortoérgicas no recogidas en el cuadro de enfermedades profesionales.
	6			Enfermedades provocadas por agentes carcinogénicos:
		01	C601	Cáncer de laringe producido por la inhalación de polvo de amianto.
		02	C602	Enfermedades provocadas por agentes carcinogénicos no incorporadas en apartados anteriores, con la clasificación C1 (sustancias carcinogénicas de primera categoría, es decir, que se sabe que son carcinogénicas para el hombre) y C2 (sustancias carcinogénicas de segunda categoría, respecto de las cuales existe una presunción de que pueden considerarse carcinogénicas para el hombre) dada por el Real Decreto 1124/2000, de 16 de junio, que modifica el Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.

ANEXO 3. CONTENIDO DEL PARTE DE ENFERMEDAD PROFESIONAL. Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales.

Identificación de la Entidad Gestora o Colaboradora que notifica.

Datos del trabajador/a:

Identificación del trabajador/a mediante:

- NAF: Número de afiliación a la Seguridad Social.
- IPF: Identificador de Persona Física. Tipo de documento y número.

Tipo de comunicación: Nueva; Recaída; Cierre del proceso; Modificación o cumplimentación de la declaración.

La aplicación facilitará los datos ya disponibles en las bases de la Seguridad Social.

- Apellidos y nombre.
- Sexo.
- Nacionalidad.
- Fecha de nacimiento.
- Domicilio, localidad, código postal, teléfono.
- Situación laboral: Trabajador en alta en Seguridad Social y régimen de Seguridad Social; Perceptor de prestaciones por desempleo; Otras situaciones asimiladas al alta; Pensionista; Baja en Seguridad Social.
- Última fecha real de la situación laboral.
- Tipo de contrato (en contratos temporales tiempo de trabajo) (Tabla 1).
- Ocupación del puesto de trabajo actual según Clasificación Nacional de Ocupaciones CNO (4 dígitos numéricos).
- Tiempo en el puesto de trabajo actual (en meses).
- Tipo de trabajo actual (Tabla 2).
- Ocupación del puesto de trabajo anterior (si se presume como posible inicio de la enfermedad profesional) según CNO (4 dígitos numéricos).
- Tiempo en el puesto de trabajo anterior (si se presume como posible inicio de la enfermedad profesional).

- Tipo de trabajo (si se presume como posible inicio de la enfermedad profesional) (Tabla 2).

Datos de la empresa:

- Código de Cuenta de Cotización (CCC) al que pertenece el trabajador/a.

La aplicación facilitará, de entre los datos que se relacionan a continuación, los ya disponibles en las bases de la Seguridad Social:

- Dirección del CCC.
- Plantilla actual de la empresa.
- Régimen de Seguridad Social.
- Actividad Económica según CNAE (cinco dígitos).
- Clave de cotización por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Empresa de trabajo temporal (Sí, No).
- Modalidad de organización preventiva adoptada por la empresa.
- Existencia de evaluación de riesgos del puesto de trabajo.
- Existencia de información a los representantes de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales sobre los daños producidos en la salud de los trabajadores artículo 36.2.c de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Existencia de reconocimiento médico (artículo 196 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio).
- Existencia de informe relativo a las causas de la enfermedad profesional, elaborado por el empresario (artículo 16.3 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales).
- Dirección del lugar donde presta servicios el trabajador (en el caso de ser distinto al del CCC).
- Realiza el trabajador su actividad como subcontratado o cedido por una empresa de trabajo temporal.

Información referida al CCC de la empresa usuaria o contratista.

- CCC de la empresa usuaria o contratista.
- CNAE de la empresa donde presta sus servicios el trabajador.
- Plantilla actual de la empresa.
- Modalidad de organización preventiva adoptada por la empresa.
- Existencia de evaluación de riesgos del puesto de trabajo.

- Existencia de información al trabajador en materia de prevención de riesgos laborales.

Datos médicos:

Datos al inicio de la comunicación del parte de enfermedad profesional.

- Período de observación.
- Nº de colegiado del médico que realiza el diagnóstico.
- Código del cuadro de enfermedades profesionales.
- Tipo de asistencia: ambulatoria u hospitalaria.
- Fecha del parte de enfermedad profesional.
- Existencia de parte de baja por incapacidad temporal. Fecha de inicio de la incapacidad temporal.
- Duración probable de la baja por incapacidad temporal, en su caso.
- Diagnóstico CIE-10 en fecha de inicio del parte de enfermedad profesional (Tabla 3).
- Parte del cuerpo dañada al inicio del parte de enfermedad profesional (Tabla 4).

Datos económicos de la situación de incapacidad temporal:

- Base de cotización mensual:
    - En el mes anterior.
    - Días cotizados.
    - Base reguladora diaria.
- Base de cotización al año:
    - B.1. Por horas extras.
    - B.2. Por otros conceptos.
    - Total B1 + B2.
    - Promedio diario base B.
    - Subsidio: Promedio diario.
    - Base reguladora A.
    - Base reguladora B.
    - Total B.R. diaria (A+B).
    - Cuantía del subsidio.

Notificación del cierre del proceso:

- Fecha del cierre del proceso.
- Fecha del alta laboral si procede.
- Tipo de proceso al cierre: Enfermedad Profesional; Accidente de Trabajo; Enfermedad Común.
- Causa del cierre: alta por curación, alta con propuesta de Incapacidad, fallecimiento, alta con propuesta de cambio de trabajo.

Cierre como proceso de enfermedad profesional.

- Fecha de inicio real de la enfermedad profesional (aparecerá por defecto la fecha de inicio del parte enfermedad profesional).
- Código de diagnóstico CIE-10 al cierre del proceso (Tabla 3).
- Código de enfermedad profesional al cierre del proceso.
- Parte del cuerpo dañada al cierre del proceso (Tabla 4).

Cierre como proceso de accidentes de trabajo.

- Código de diagnóstico CIE-10 al cierre del proceso (Tabla 3).
- Parte del cuerpo dañada al cierre del proceso (Tabla 4).

Cierre como proceso de enfermedad común.

- Código de diagnóstico CIE-10 al cierre del proceso (Tabla 3).

Calificación y supervisión del Instituto Nacional de la Seguridad Social:

- Fecha de la calificación o modificación.
- Calificación del proceso como: Enfermedad Profesional; Accidente de Trabajo; Enfermedad Común.

Calificación como proceso de enfermedad profesional.

- Fecha de inicio real de la enfermedad profesional.
- Confirmación o modificación del diagnóstico CIE-10 (Tabla 3) Confirmación o modificación del código de enfermedad profesional.
- Confirmación o modificación de la parte del cuerpo dañada (Tabla 4).

Calificación como proceso de accidente de trabajo.

- Confirmación o modificación del diagnóstico CIE-10 (Tabla 3).
- Confirmación o modificación de la parte del cuerpo dañada (Tabla 4).

Calificación como proceso de enfermedad común.

- Confirmación o modificación del diagnóstico CIE-10 (Tabla 3).

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

- Tabla 1: Corresponde a las claves de tipo de contrato establecidas por la Tesorería General de la Seguridad Social.
- Tabla 2: Tipo de trabajo según la siguiente clasificación:

TABLA 2

Código	Descripción
00	Ninguna información.
10	Tareas de producción, transformación, tratamiento, almacenamiento -de todo tipo- Sin especificar.
11	Producción, transformación, tratamiento -de todo tipo.
12	Almacenamiento -de todo tipo.
19	Otros tipos de trabajo conocidos del grupo 10 pero no mencionados anteriormente.
20	Labores de movimientos de tierras, construcción, mantenimiento, demolición - Sin especificar.
21	Movimiento de tierras.
22	Nueva construcción -edificios.
23	Nueva construcción -obras de fábrica, infraestructura, carreteras, puentes, presas, puertos.
24	Renovación, reparación, agregación, mantenimiento -de todo tipo de construcciones.
25	Demolición de todo tipo de construcciones.
29	Otros tipos de trabajo conocidos del grupo 20 pero no mencionados anteriormente.
30	Labores de tipo agrícola, forestal, hortícola, piscícola, con animales vivos -Sin especificar.
31	Labores de tipo agrícola -trabajos de la tierra.
32	Labores de tipo agrícola -con vegetales, horticultura.
33	Labores de tipo agrícola -sobre/con animales vivos.
34	Labores de tipo forestal.
35	Labores de tipo piscícola, pesca.
39	Otros tipos de trabajo conocidos del grupo 30 pero no mencionados anteriormente.
40	Actividades de servicios a empresas o a personas y trabajos intelectuales -Sin especificar.
41	Servicios, atención sanitaria, asistencia a personas.

42	Actividades intelectuales -enseñanza, formación, tratamiento de la información, trabajos de oficina, de organización y de gestión.
43	Actividades comerciales -compra, venta, servicios conexos.
49	Otros tipos de trabajo conocidos del grupo 40 pero no mencionados anteriormente.
50	Trabajos relacionados con las tareas codificadas en 10, 20, 30 y 40 -Sin especificar.
51	Colocación, preparación, instalación, montaje, desmantelamiento, desmontaje.
52	Mantenimiento, reparación, reglaje, puesta a punto.
53	Limpieza de locales, de máquinas -industrial o manual.
54	Gestión de residuos, desecho, tratamiento de residuos de todo tipo.
55	Vigilancia, inspección de procesos de fabricación, de locales, de medios de transporte, de equipos -con o sin material de control.
59	Otros tipos de trabajo conocidos del grupo 50 pero no mencionados anteriormente.
60	Circulación, actividades deportivas y artísticas -Sin especificar.
61	Circulación, incluso en los medios de transporte.
62	Actividades deportivas y artísticas.
69	Otros tipos de trabajo conocidos del grupo 60 pero no mencionados anteriormente.
99	Otros tipos de trabajo no codificados en esta clasificación.

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

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

TABLA 4.
Parte del cuerpo dañada.

Código	Descripción
00	Parte del cuerpo afectada, sin especificar.
10	Cabeza, no descrita con más detalle.
11	Cabeza (Caput), cerebro, nervios craneanos y vasos cerebrales.
12	Zona facial.
13	Ojo(s).
14	Oreja(s).
15	Dientes.
18	Cabeza, múltiples partes afectadas.

19	Cabeza, otras partes no mencionadas anteriormente.
20	Cuello, incluida la columna y las vértebras cervicales.
21	Cuello, incluida la columna y las vértebras del cuello.
29	Cuello, otras partes no mencionadas anteriormente.
30	Espalda, incluida la columna y las vértebras dorsolumbares.
31	Espalda, incluida la columna y las vértebras de la espalda.
39	Espalda, otras partes no mencionadas anteriormente.
40	Tronco y órganos, no descritos con más detalle.
41	Caja torácica, costillas, incluidos omoplatos y articulaciones acromioclaviculares.
42	Región torácica, incluidos sus órganos.
43	Región pélvica y abdominal, incluidos sus órganos.
48	Tronco, múltiples partes afectadas.
49	Tronco, otras partes no mencionadas anteriormente.
50	Extremidades superiores, no descritas con más detalle.
51	Hombro y articulaciones del húmero.
52	Brazo, incluida la articulación del cúbito.
53	Mano.
54	Dedo(s).
55	Muñeca.
58	Extremidades superiores, múltiples partes afectadas.
59	Extremidades superiores, otras partes no mencionadas anteriormente.
60	Extremidades inferiores, no descritas con más detalle.
61	Cadera y articulación de la cadera.
62	Pierna, incluida la rodilla.
63	Maléolo.
64	Pie.
65	Dedo(s) del pie.
68	Extremidades inferiores, múltiples partes afectadas.
69	Extremidades inferiores, otras partes no mencionadas anteriormente.
70	Todo el cuerpo y múltiples partes, no descritas con más detalle.
71	Todo el cuerpo (efectos sistémicos).
78	Múltiples partes del cuerpo afectadas.
99	Otras partes del cuerpo no mencionadas anteriormente.

ANEXO BIBLIOGRÁFICO

ABIOL MONTESINOS, I., "La Constitución Española de 1978 y las líneas de desarrollo del Derecho Español del trabajo", AAVV, *Diez años de régimen constitucional,* E. ALVAREZ CONDE (editor), Ed. Tecnos, 1989.

ALARCON CARACUEL, M.R., y GONZÁLEZ ORTEGA, S., *Compendio de Seguridad Social,* 4ª ed. renovada, Tecnos, Madrid, 1991.

ALONSO OLEA, M., "La Constitución y las fuentes del Derecho del Trabajo", en *El Trabajo en la Constitución*, Ed. Universidad de Zaragoza, Zaragoza, 1982.

ALONSO OLEA, M., *El Estatuto de los trabajadores. Texto y comentario breve*, Ed. Civitas, Madrid, 1980.

ALONSO OLEA, M. y BARREIRO, G., *El Estatuto de los Trabajadores*, Ed. Civitas, Madrid, 1987.

ALONSO OLEA, M. y TORTUERO PLAZA, J.L., *Instituciones de Seguridad Social*, Civitas, Madrid, 2000.

ALONSO-OLEA GARCÍA, B., "La prevención de riesgos laborales del trabajador autónomo", *Aranzadi Social*, núm. 16/2008, Westlaw.es, BIB 2008/2783.

ALTÉS TÁRRAGA, J.A.: *El acoso sexual en el trabajo*, Tirant lo Blanch, 2002.

ÁLVAREZ ALCOLEA, M.: "Los factores psicosociales y el accidente de trabajo", en *Perfiles de las Mutuas de Accidentes de Trabajo*, Thomson-Aranzadi, 2005.

ÁLVAREZ DE LA ROSA, M., "La incapacidad permanente", AAVV., DE LA VILLA GIL, L.E. (Dir.), *Derecho de la Seguridad Social*, 3ª, Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2002.

APARICIO TOVAR, J., "Las obligaciones del empresario de garantizar la seguridad y la salud en el trabajo", Revista de Derecho del Trabajo, Civitas, nº 49, 1991.

APILLUELO MARTÍN, M., *Los derechos sociales del trabajador autónomo: especialmente del pequeño y dependiente*, TOL870.310, www. tirantonline.com, 2006.

ARASTEY SAHÚN, Mª.L., "Enfermedades del aparato auditivo: hipoacusias. Análisis jurisprudencial", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico*, RIVAS VALLEJO, P. (Dir.), Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2006.

ASEPEYO: *Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesional*es, Editorial Distrinova, S.L., Madrid, 2002.

BARRIOS BAUDOR, G.L., y APILLUELO MARTÍN, M., *Introducción al Estatuto del Trabajo Autónomo,* Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2008.

BENAVIDES VICO, A.: *Análisis práctico de las prestaciones de la Seguridad Social*, 2ª edición, Lex Nova, Madrid, 2008.

BLASCO LAHOZ, J.F., LÓPEZ GANDÍA, J.: MOMPARLER CARRASCO, Mª.A, *Curso de Seguridad Social I, Parte General*, 2ª edición, Editorial Tirant lo Blanch, Valencia, 2008.

BLASCO LAHOZ. J.F.: *Enfermedades profesionales. Doctrina, Legislación y Jurisprudencia*. Valencia, tirant lo blanch, 2009.

BORRAJO DACRUZ, E., "Artículo 43. Protección de la salud", AAVV, *Comentarios a la Constitución Española de* 1978, Tomo IV, O. ALZAGA VILLAAMIL (dir.), Ed. Edersa, Madrid, 1996.

BORRAJO DACRUZ, E., "Contenido del Estatuto de los Trabajadores según la Constitución", AAVV, *El Estatuto de los Trabajadores,* Editoriales de Derecho reunidas, Madrid, 1980.

BUENDÍA JIMÉNEZ, J.A.: "Artículo 115. Concepto del accidente de trabajo" en SEMPERE NAVARRO A.V. (Dir.): Comentarios a la Ley General de la Seguridad Social, Murcia, *Laborum*, 2003.

BUENDÍA JIMÉNEZ, J.A.: "Artículo 116. Concepto de la enfermedad profesional" en SEMPERE NAVARRO A.V. (Dir.): Comentarios a la Ley General de la Seguridad Social, Murcia, *Laborum*, 2003.

CABERO MORAN, E., GARCIA TRASCASAS, A. y MORGADO PANADERO, P., "El incumplimiento de las normas de seguridad e higiene en el trabajo: ¿una subvención encubierta a las empresas?", Relaciones Laborales, 1995-1.

CABEZA PEREIRO, J. y LOUSADA AROCHENA, J.F.: "El acoso sexual como riesgo laboral", *Aranzadi Social*, núm. 1, 2000.

CABEZA PEREIRO, J., "La actuación de las mutuas en el ámbito del trabajador por cuenta propia", en AA.VV., *Perfiles de las Mutuas de Accidentes de Trabajo,* Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2005.

CABEZA PEREIRO, J: "El ejercicio del derecho a un ambiente laboral libre de acoso sexual", en VV.AA.: *El derecho a trabajar en igualdad*, Instituto Andaluz de la Mujer, Málaga-Sevilla, 1999.

CAMÓS VICTORIA, I., "La no compensación del recargo de prestaciones con cantidades abonadas en concepto de indemnización por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de un accidente de trabajo", Aranzadi Social, nº 3, 2001.

CAMPS RUIZ, L.M., *El Estatuto de los Trabajadores y la normativa anterior sobre las relaciones laborales individuales*, Ed. IES, Madrid, 1980.

CARDENAL CARRO, M. e HIERRO HIERRO, J., "Retoques y modificaciones en los RRDD 84/1996, 2064/1995, 1415/2004 y 1993/1994 para su adaptación a las Leyes 18 y 20/2007 (notas sobre el nuevo Sistema Especial de la Seguridad Social), *Aranzadi Social*, núm. 13/2008.

CARDENAL CARRO, M. y HIERRO HIERRO, F.J., *El recargo de prestaciones*, ED. Bomarzo, Albacete, 2005.

CARRERO DOMÍNGUEZ, C. y QUINTERO LIMA, M.G.: "La Gestión de las Enfermedades Profesionales por las en *Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesional*es (Coord. Jesús R. Mercader Uguina), La Ley, Madrid, 2007, pags. 394 y ss.

CAVAS MARTÍNEZ, F., "El esperado desarrollo reglamentario de las mejoras producidas en la acción protectora de los trabajadores autónomos", *AS*, núm. 15, 2004.

CAVAS MARTÍNEZ, F.: "La protección jurídica contra el acoso moral (*mobbing*) en el ámbito laboral: tutelas preventiva, reparadora y sancionadora", www.icajaen.es, octubre 2003.

CAVAS MARTÍNEZ, F.: "El Acuerdo Marco Europeo sobre acoso y violencia en el trabajo", *Aranzadi Social*, núm.11, 2007 (bib 2007/1298).

CONDE COLMENERO, P.: *El acoso laboral en el empleo público*, Comares, 2008.

CORRALES ROMEO, H.; "La asistencia sanitaria prestada por las Mutuas", *Revista Foro de Seguridad Social*, mayo 2007, pág. 38 y ss.

CORREA CARRASCO, M., *Accidente de trabajo, responsabilidad empresarial y aseguramiento*, Ed. Bomarzo, Albacete, 2008.

CUESTA AGUADO, P.M. de la y PÉREZ DEL RÍO, T. (coordinadoras): *Violencia de y género en el trabajo. Respuestas jurídicas a problemas sociales*, Mergablum, 2004.

DE AMOS GARCÍA, C., "Estudio comparado: baremos internacionales y nacionales", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico*, RIVAS VALLEJO, P. (Dir.), Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2006, pp. 300-314.

DE LA POZA, J.Mª, *Seguridad e Higiene profesional*, Ed. Paraninfo, Madrid, 1990.

DESDENTADO BONETE, A. "Mutuas de Accidentes de Trabajo y Seguridad Social: puntos críticos desde la perspectiva de la gestión de la incapacidad temporal", *Actualidad Laboral*, nº 6, marzo 2008, pág. 664 y ss.

DESDENTADO BONETE, A., "La protección de la incapacidad permanente en la Ley de Consolidación y Racionalización del sistema de Seguridad Social, *RMTAS*, núm. 4, 1997.

DESDENTADO BONETE, A., en AAVV., *Comentarios a la Ley de Seguridad Social* (Dir. J.L. MONEREO), Comares, Granada, 1999.

DÍAZ DESCALZO, M.C.: "El acoso sexual en el trabajo", en *Mujer y trabajo*, Bomarzo, 2003.

DIAZ MOLINER, R., *Derecho de Prevención de Riesgos Laborales,* volumen I, Ed. Dijusa, Madrid, 1998.

DURÉNDEZ SÁEZ, I., "El recargo de prestaciones", REDT-Civitas, nº 108, 2001.

DURO MARTÍN, A.: "Calidad de Vida Laboral y Psicología Social de la Salud Laboral: hacia un modelo de componentes comunes para explicar el bienestar laboral psicológico y la salud mental laboral de origen psicosocial. Fundamentos teóricos y resultados preliminares", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales,* núm. 56, 2005.

FERNÁNDEZ AVILÉS, J. A.: "Concepto de accidente de trabajo. El riesgo objeto de protección jurídica" en MONEREO PÉREZ, J. L., MOLINA NAVARRETE, C. y MOERNO VIDA, M. N. (Dir.) AA.VV.: *Tratado práctica a la legislación reguladora de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Régimen jurídico de la prevención, aseguramiento, gestión y responsabilidad*, Granada, Comares, 2005.

FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J.J. *Responsabilidades de las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesiona*les, Editorial CDN, Ciencias de la Dirección, Madrid, 1995.

FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J.J., *Protección social complementaria de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales,* Tirant lo Blanch, Valencia, 1999.

FERNANDEZ MARCOS, L., "Algunas consideraciones sobre la reforma legislativa de la seguridad e higiene en el trabajo", AAVV, *La reforma del mercado de trabajo y de la seguridad y salud laboral*, MONEREO PEREZ, J.L. (ed.), Universidad de Granada, Granada, 1996.

FERNANDEZ MARCOS, L., "Artículo 19", AAVV, *Comentarios a las leyes laborales. El Estatuto de los trabajadores,* E. BORRAJO DACRUZ (dir.), tomo V, ed. Edersa, Madrid, 1986.

FERNANDEZ MARCOS, L., "El contenido de la Ley de Prevención de Riesgos laborales: puntos críticos", AL 1995-3.

FERNANDEZ MARCOS, L., "Reflexiones sobre la anunciada Ley de Seguridad e Higiene desde las normas de la OIT y CEE", AL 1991-1.

FERRANDO GARCÍA, F.M., en LÓPEZ ANIORTE, M.C. y FERRANDO GARCÍA, F.M., *La Seguridad Social de los Trabajadores Autónomos: nuevo régimen jurídico,* Thomson-Civitas, Madrid, 2005.

GARCÍA JIMÉNEZ, M. y MOLINA NAVARRETE, C., *El estatuto profesional del trabajo autónomo: diferenciando lo verdadero de lo falso,* Tecnos, Madrid, 2008.

GARCÍA MURCIA, J., "Accidente de trabajo y enfermedad profesional. El concepto de enfermedad profesional", en *Seguridad Social práctica* (Coord. BLASCO LAHOZ y LÓPEZ GANDÍA), TOL118.185, www.tirantonline.com, 2001.

GARCIA NINET, J.I., *El Estatuto de los Trabajadores: Comentarios a la Ley 8/1980, de 10 de Marzo*, ed. Edersa, Madrid, 1981.

GARCIA OVIEDO, C., Tratado Elemental de Derecho Social, 6ª edición, Ed. EISA, Madrid, 1954.

GARCÍA PEREA, P., "Mutuas de Accidentes y el aseguramiento de las contingencias profesionales", en AAVV. (coord.. MERCADER UGUINA, J.R.), *Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales*, La Ley-Fraternidad Muprespa, Madrid, 2007.

GARCÍA VALVERDE, Mª.D., "Enfermedades musculoesqueléticas: 2. Análisis jurisprudencial", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico,* cit., pág. 931.

GARRIDO PEREZ, E., "La incidencia en la ordenación del trabajo de la protección del trabajador y la intervención de los representantes de personal", AAVV, *La reforma del mercado de trabajo y de la seguridad y salud laboral,* J.L. MONEREO PEREZ (editor), Universidad de Granada, Granada, 1996.

GARRIGUES GIMENEZ, A., "La protección normativa de la seguridad, higiene y salud en el trabajo en España (y II)", AAVV, *Curso sobre Prevención de Riesgos Laborales,* J.I. GARCIA NINET (dir.), ed. Universidad Jaime I, Castellón, 1998.

GIL BAYONA, E.: "Aspectos económico-financieros", en AA.VV., *Los perfiles de la Mutua de Accidente de Trabajo*, Aranzadi, 2005, pág. 129 y ss.

GONZALEZ DEL REY RODRIGUEZ, I, y RODRIGUEZ CARDO, I.: "La colaboración obligatoria y voluntaria de las empresas en la gestión de la Seguridad Social", en *Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesiona*les (Coord. Jesús R. Mercader Uguina), La Ley, Madrid, 2007, pág. 621 y ss.

GONZÁLEZ DÍAZ, F.A., en AA.VV., *El Estatuto del Trabajo Autónomo. Análisis de la Ley 20/2007, de 11 de julio,* Ediciones Laborum, Murcia, 2007

GONZALEZ ORTEGA, S., "Derecho a la salud y control de los trabajadores", RL 1990-1.

GONZALEZ ORTEGA, S., "La organización de la prevención por el empresario: los servicios de prevención", TL n° 50, 1999.

GONZALEZ ORTEGA, S., "La seguridad e higiene en el trabajo en la Constitución", RPS n° 121, 1979.

GONZALEZ SANCHEZ, J.J., *Seguridad e Higiene en el Trabajo. Formación histórica y fundamentos,* Ed. CES, Madrid, 1997.

GONZALEZ-POSADA MARTINEZ E., "Derechos y deberes en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales", Tribuna Social, n° 73, 1997.

GUTIÉRREZ-SOLAR, B., LAHERA FORTEZA, J. y GARCÍA QUIÑONEZ, J.C., "Régimen profesional común del trabajador autónomo", *El Estatuto del Trabajo Autónomo,* La Ley, 2008.

HERNÁNDEZ MARTÍNEZ-CAMPELLO, C., "La prueba pericial médica ante la jurisdicción laboral", AAVV., *La prueba pericial médica*, La Ley, Madrid, 2008.

IGARTÚA MIRÓ, M. T.: "La nueva lista de enfermedades profesionales y la inamovilidad respecto a las dolencias derivadas de riesgos psicosociales", *Actualidad Laboral*, núm. 22, 2007.

LANTARÓN BARQUÍN, D., "Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica", *Relaciones Laborales,* I, 2008.

LLORENTE ÁLVAREZ, A., y PINILLA GONZÁLEZ, M. A., "La gestión de la Incapacidad Temporal de los trabajadores autónomos en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos y en el Régimen Especial Agrario", en AA.VV., *Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales* (Mercader Uguina, Coord.), La Ley, Madrid, 2007.

LÓPEZ GANDÍA, J. y AGUDO DÍAZ, J.: *Nueva regulación de las enfermedades profesionales,* Bomarzo, 2008.

LÓPEZ GANDÍA, J., "La nueva protección social de los trabajadores autónomos", *Revista de Derecho Social,* núm. 24, 2003.

LOUSADA AROCHENA, J.F.: "Accidentes de trabajo y riesgos psicosociales", *Revista Técnico Laboral*, vol. XXIX, núm. 111, 2007.

LUQUE PARRA, M., "La auditoría de los servicios de prevención", REF n° 195, 1999.

MARTIN VALVERDE, A., RODRIGUEZ-SAÑUDO GUTIERREZ, F. y GARCIA MURCIA J., *Derecho del Trabajo,* 10ª edición, Ed. Tecnos, Madrid, 2001.

MARTÍN VALVERDE, A.: "El accidente de trabajo: formación y desarrollo de un concepto legal" en GONZALO GONZÁLEZ B. y NOGUEIRA GUSTAVINO, M. (Dir.) AA.VV.: *Cien años de Seguridad Social. A propósito del centenario de la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900,* Madrid, La Fraternidad-Mutrespa-UNED, 2000.

MARTÍNEZ BARROSO, M. R.: *Las enfermedades del trabajo,* Valencia, Tirant lo Blanch, 2002.

MARTÍNEZ BARROSO, M.R.: *Riesgo Psicosocial en el sistema de Seguridad Social,* Laborum, 2007.

MARTÍNEZ BARROSO, Mº.R.: *Las enfermedades asimiladas al accidente de trabajo en la doctrina de los Tribunales, Madrid,* Consejo General de Colegios Oficiales de Graduados Sociales de España, Colección Foro de Derecho Social, 2004.

MARTINEZ MENDOZA, J.M., "El proceso de armonización de la seguridad e higiene en el trabajo en los Tratados de la Comunidad Económica Europea", RL 1996-II.

MERCADER UGUINA, J.R., "La Ley de Acompañamiento para el 2003. Modificaciones en materia de Seguridad Social /y II)", *RL*, núm. 6, 2003.

MERCADER UGUINA, J.R., y NOGUEIRA GUSTAVINO, M., "Trabajo por cuenta ajena y sujeto protegido contra el accidente de trabajo: historia de una divergencia", en ,AA.VV., *Cien años de Seguridad Social*, Fraternidad-Muprespa, Madrid, 2000.

MOLINA NAVARRETE, C.: "Nuevo cuadro de enfermedades profesionales, enfermedades del trabajo y riesgos psicosociales.¿Una nueva oportunidad de modernización real perdida?, *Revista La Mutua* (Fraternidad Mutrespa), nº 18, 2007.

MOLINA NAVARRETE, C.: *El Acuerdo Marco Comunitario para la gestión del acoso y violencia en el trabajo*, Bomarzo, 2008.

MOLINA NAVARRETE, C.: "Una nueva `patología de gestión en el empleo público: el acoso institucional (mobbing). Reflexiones a propósito de la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3ª, Sección 6ª, de 23 de julio de 2001", *Diario La Ley*, núm. 5436, 2001.

MONTOYA MELGAR, A., "Ejercicio y garantías de los derechos fundamentales en materia laboral", Revista de Política Social, n° 121, 1979.

MONTOYA MELGAR, A., GALIANA MORENO, J.M., SEMPERE NAVARRO, A.V., RIOS SALMERON, B., *Comentarios al Estatuto de los Trabajadores*, Ed. Aranzadi, Pamplona, 2007.

MONTOYA MELGAR, A.: "El acoso en el trabajo y su encuadramiento jurídico", *REDT*, núm.140, 2008.

MORENO CÁLIZ, S., "La enfermedad profesional: aspectos controvertidos", *Aranzadi Social*, 2001, vol. V, pp. 733 y ss.

MORENO CÁLIZ, S., "Las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo: Análisis de las más frecuentes patologías de origen profesional determinantes de incapacidad permantente", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico*, RIVAS VALLEJO, P. (Dir.), Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2006.

MORENO CÁLIZ, S., "Medidas de prevención específica de la enfermedad profesional", *Revista de Trabajo y Seguridad Social*, n° 225, 2001.

MORENO CÁLIZ, S.: "Análisis de la reforma de las enfermedades profesionales virtudes y deficiencias", *Tribuna Social*, núm. 203, noviembre, 2007.

MORENO CÁLIZ, S.: "La lista española de enfermedades profesionales a la luz de recientes textos internacionales", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 52, 2004.

MORENO VIDA, Mª N.: "Actuación en el ámbito de las contingencias profesionales", en AA.VV, *Los perfiles de la Mutua de Accidente de Trabajo*, Aranzadi, 2005, pág. 55 y ss.

NAVARRO NIETO, F.: *La tutela jurídica frente al acoso moral laboral*, Thomson-Aranzadi, 2007.

OLARTE ENCABO, S.: "La incidencia del acoso moral en el ámbito del sistema de Seguridad Social: hacia la equiparación de las enfermedades psicolaborales", en CORREA CARRASCO, M. (Coord.): *Acoso Moral en el Trabajo. Concepto, prevención, tutela procesal y reparación de daños*, Thomson-Aranzadi, 2006.

OLARTE ENCABO, S.: "Acoso moral y enfermedades psicolaborales: un riesgo laboral calificable de accidente de trabajo. Progresos y dificultades", *Temas Laborales*, núm. 80, 2005.

ORÓS MURUZÁBAL, M., "La intervención de peritos médicos y de médicos forenses en los procesos por Incapacidad Permanente", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico*, RIVAS VALLEJO, P. (Dir.), Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2006.

PALOMEQUE LOPEZ, M.C, "El derecho constitucional del trabajador a la seguridad en el trabajo", Actualidad Laboral, 1992-1.

PALOMEQUE LOPEZ, M.C., "La configuración del derecho de protección frente a los riesgos laborales. Las obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de riesgos (arts. 14-24,29 y 41)", AAVV, *Seguridad y Salud en el Trabajo*, CASAS BAAMONDE, M.E., PALOMEQUE LOPEZ, M.C. y VALDES DAL-RE, F., (coords.), Ed. La Ley-Actualidad, Madrid, 1997.

PALOMEQUE LOPEZ, M.C., "Los derechos a la Seguridad Social y Salud en la Constitución", AAVV, *Derecho de Trabajo y de la Seguridad Social en la Constitución*, Ed. CEC, Madrid, 1980.

PANIZO ROBLES, J.A., "La ampliación de la protección social de los autónomos: la cobertura de los riesgos profesionales", *Revista de Trabajo y Seguridad social*, Centro de Estudios Financieros, núm. 53, 2003.

PEREZ AMOROS, F., "El Derecho Social de la Comunidad Europea y su incidencia en el Ordenamiento Laboral Español", Revista Técnico Laboral, n° 42, 1989.

PEREZ DE LOS COROS ORIHUEL, F., "La Directiva Marco sobre medidas de seguridad y salud de los trabajadores en el trabajo y la adaptación del ordenamiento español", Relaciones Laborales, 1991-1.

PURCALLA BONILLA, M.A., "Enfermedades causadas por agentes físicos: 1. Ruido. Análisis Jurisprudencial", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre incapacidades laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico*, RIVAS VALLEJO, P. (Dir.), Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2006.

PURCALLA BONILLA, M.A., "Enfermedades sistemáticas (enfermedades producidas por tóxicos sistémicos). Disolventes. Análisis jurisprudencial", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre incapacidades laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico,* RIVAS VALLEJO, P. (Dir.), Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2006.

RICO ROMERO, A., "Enfermedades causadas por agentes físicos: 2. Vibraciones. Análisis Médico", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre incapacidades laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico,* RIVAS VALLEJO, P. (Dir.), Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2006.

RICO ROMERO, A., "Enfermedades sistemáticas (enfermedades producidas por tóxicos sistémicos). Disolventes. Análisis médico-legal", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre incapacidades laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico,* RIVAS VALLEJO, P. (Dir.), Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2006.

RIVAS VALLEJO, P. y FIGUERAS CUADRA, C., "Enfermedades broncopulmonares. Análisis jurisprudencial (Cap. VI)", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre incapacidades laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico,* RIVAS VALLEJO, P. (Dir.), Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2006.

RIVAS VALLEJO, P., "Aspectos procesales relacionados con el proceso de reclamación de la prestación por incapacidad permanente. Vía administrativa y vía judicial", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico,* RIVAS VALLEJO, P. (Dir.), Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2006.

RIVAS VALLEJO, P.: "Seguridad Social y riesgos psicosociales: su calificación como contingencia profesional", en VV.AA.: *Riesgos psicosociales y su incidencia en las relaciones laborales y seguridad social,* Cuadernos de Derecho Judicial, núm. 12, 2004.

RIVAS VALLEJO, P.: *Violencia psicológica en el trabajo: su tratamiento en la jurisprudencia. Estudio, jurisprudencia y formularios,* Thomson-Civitas, 2005.

RODRÍGUEZ IZQUIERDO, "Concepto jurídico y grados de Incapacidad Permanente", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico,* RIVAS VALLEJO, P. (Dir.), Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2006.

RODRIGUEZ-PIÑERO y BRAVO-FERRER, M., "Presentación: El trabajo en la Constitución", AAVV, *Los trabajadores y la Constitución,* Ed. Sociedad de Estudios Laborales, Madrid, 1980.

ROJAS RIVERO, G.P.: *Delimitación, prevención y tutela del acoso laboral,* Bomarzo, 2005.

SAGARDOY BENGOECHEA, J.A,. DEL VALLE VILLAR, J.M, GIL y GIL, J.L., y GETE CASTRILLO, P., *Prontuario de Derecho del Trabajo,* 2ª edición, Ed. Civitas, Madrid, 1995.

SALA FRANTO, T., y BLASCO PELLICER, A., "La nueva regulación del RETA", *Actualidad Laboral*, núm. 8, 2004.

SÁNCHEZ NAVARRO, D.A., "El cambio de puesto de trabajo por enfermedad profesional: una zona gris dentro del ámbito competencial del INSS y del INSALUD u órgano equivalente de las Comunidades Autónomas", AS, 2002-V.

SÁNCHEZ PEGO, F.J. y TOLOSA TRIBIÑO, C., "Los procesos de Seguridad Social", AAVV. DE LA VILLA GIL, L.E. (Dir.), *Derecho de la Seguridad Social*, 3ª, Ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2002.

SÁNCHEZ TRIGUEROS, C.: "Perspectiva de Seguridad Social: la violencia de género laboral como enfermedad del trabajo", en VV. AA. (Coords. –Rivas Vallejo, Mª .P. y Barrios Baudor, G.): *Violencia de Género. Perspectiva multidisciplinar y práctica forense*, Thomson-Aranzadi, 2007.

SEGUNDO INFORME RANDSTAD sobre "Calidad del Trabajo en la Europa de los Quince. El acoso moral", Instituto de Estudios Laborales, ESADE-Randstad, 2004.

SEMPERE NAVARRO, A. V.: "La protección de la enfermedad profesional: planteamientos para su modificación", *Aranzadi Social*, núm. 5, 2001 (BIB 2001\731).

SEMPERE NAVARRO, A., y CARDENAL CARRO, M., *Derecho a la Seguridad y Salud en el Trabajo,* Civitas, Madrid, 2001.

SEMPERE NAVARRO, A.V., GARCIA BLASCO, J., GONZALEZ LABRADA, M. y CARDENAL CARRO, M., *Derecho de la Seguridad y Salud en el Trabajo,* Ed. Civitas, Madrid, 2001.

SERRANO FALCÓN, C., "Enfermedades de la piel. Análisis Jurisprudencial", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico*, RIVAS VALLEJO, P. (Dir.), Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2006.

SERRANO MARTÍNEZ, M.A., "Mejoras voluntarias y hecho causante de la incapacidad por enfermedad profesional", *Revista de Derecho Social*, núm. 14, 2001.

SERRANO OLIVARES, R.: *El acoso moral en el trabajo.* CES. Colección Estudios, 2005.

SERRANO ORTEGA, S., "Enfermedades de la piel. Análisis Médico", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico,* RIVAS VALLEJO, P. (Dir.), Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2006.

SUAREZ GONZALEZ, F., "El proyecto de ley del Estatuto de los Trabajadores (cuatro aspectos sorprendentes)", AAVV, *Estudios de Derecho del Trabajo. En memoria del profesor Gaspar Bayón Chacón,* Ed. Tecnos, Madrid, 1980.

SUAREZ GONZALEZ, F., *Las nuevas relaciones laborales y la Ley del estatuto de los trabajadores*, Ed. Pirámide, Madrid, 1980.

TAMBO BUENO, C.: "Las mutuas y el control de la IT", en AA.VV., *Los perfiles de la Mutua de Accidente de Trabajo*, Aranzadi, 2005, pág. 181 y ss.

VALENZUELA DE QUINTA, E.: "Las mutuas de accidentes de trabajo y su papel en la colaboración con el sistema de la Seguridad Social", en AA.VV, *Los perfiles de la Mutua de Accidente de Trabajo*, Aranzadi, 2005, pág. 241 y ss.

VALVERDE ASENSIO, A., "La responsabilidad administrativa del empresario en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. En particular sobre la consideración del mismo como sujeto responsable", AAVV, *La Prevención de Riesgos Laborales. Aspectos claves de la Ley* 31/1995, OJEDA AVILES, A., ALARCON CARACUEL, M.R., RODRIGUEZ RAMOS, M.J. (coords.), Ed. Aranzadi, Pamplona, 1996.

VILLANUEVA DÍEZ, M., "Enfermedades broncopulmonares. Análisis médico (Cap. VI)", en AAVV., *Tratado Médico-Legal sobre incapacidades laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico,* RIVAS VALLEJO, P. (Dir.), Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2006.

VILLANUEVA GALLEGO, F., *La prueba en el proceso de Incapacidad permanente*, Estudio inédito realizado en el marco del programa de doctorado "Cuestiones Actuales de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social (2005-2007) de la Universidad de Murcia, 2007.