



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

Universitat de València

Facultad de Derecho

Departamento de Derecho del Trabajo y la Seguridad Social

Programa de Doctorado Derecho, Ciencias políticas y Criminología

TESIS DOCTORAL

LA ENFERMEDAD PROFESIONAL Y SU INTERCONEXIÓN CON EL
ACCIDENTE DE TRABAJO.

Presentada por: María Carmen Legua Rodrigo

Dirigida por: Dra. D^a María Antonia Pérez Alonso

Enero 2020.

AGRADECIMIENTOS

Mi especial agradecimiento a la Profesora María Antonia Pérez Alonso y, en particular, a mi marido Manolo y a mis hijos Manu y Álex por su incondicional apoyo.

INDICE

ABREVIATURAS	23
RESUMEN.....	25
INTRODUCCIÓN.....	27
1. IMPORTANCIA DEL TEMA ESTUDIADO.	27
2. METODOLOGIA	34
3. ESTRUCTURA	35

CAPITULO I

NOTAS HISTORICAS SOBRE RIESGOS PROFESIONALES.....	43
1. Algunos apuntes históricos sobre riesgos profesionales.	43

CAPITULO II

LA ENFERMEDAD PROFESIONAL EN LAS NORMAS INTERNACIONALES	51
2.1. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO.....	52
2.1.1. Convenio número 12 de la OIT del año 1921.	54
2.1.2. Convenio número 18 y Convenio número 19 de la OIT del año 1925.	54
2.1.3 Convenio número 42 de la OIT del año 1934.	56
2.1.4 Convenio número 102 de la OIT del año 1952.	57
2.1.5. Convenio número 121 del año 1964.	60
2.1.5.1 Ámbito personal de aplicación del Convenio número 121.	63
2.1.5.2. Opciones para determinar las enfermedades profesionales.	64
2.1.5.3. Ámbito de aplicación objetivo, contingencias cubiertas.	65
2.1.5.4. Acción protectora.....	66
2.1.5.5. Procedimiento de modificación.	69
2.1.5.6. El cuadro de enfermedades profesionales enmendado en 1980.	71
2.1.5.7. Aspectos negativos del Convenio número 121 OIT.....	74

2.1.6. Recomendación número 121 OIT de 1964.	74
2.1.7. Recomendación 194 de la OIT de 2002 y su actualización en el año 2010.	77
2.2. MARCO NORMATIVO DE LA UNION EUROPEA	82
2.2.1. Recomendación Europea de 20 julio 1962, sobre medicina del trabajo en la empresa.....	85
2.2.2. Recomendación Europea de 23 de julio de 1962.	85
2.2.3. El Código Europeo de Seguridad Social de 1964.....	87
2.2.4. Recomendación Europea número 462 de 1966.....	89
2.2.5. Convenio Europeo de Seguridad Social de 1972.	90
2.2.6. La Recomendación Europea de 1990.....	91
2.2.7. La Recomendación Europea número 670 de 2003.	93
2.3. Comparación de las listas internacionales con la lista española del RD 1995/1978 de 12 de mayo.....	103
2.3.1. La lista del RD 1995/1978.	103
2.3.2. Comparación la lista española del RD 1995/1978 con la Recomendación 194 de OIT de 2002 y la Recomendación de la UE 670 de 2003.....	106
2.3.3. Proceso, análisis y planteamiento hacia una nueva regulación de la lista de enfermedades profesionales. Desde el RD 1995/1978 al RD 1299/ 2006.	111

CAPITULO III

LA DISTINCIÓN DE RIESGOS EN CUANTO A SU ORIGEN.	115
3.1 Privilegios de los riesgos profesionales.	115
3.2. Perspectiva normativa cronológica de la distinción	118
3.2.1. La Ley de Bases de 28 diciembre 1963.....	118
3.2.2. Texto Articulado de la LGSS de 1966.....	119
3.2.3. Texto Refundido de la LGSS 1974.	120
3.2.4. Ámbito constitucional. La Constitución Española 1978.....	120
3.2.5. Texto Refundido de la LGSS 1994.	123
3.2.6. Texto Refundido de la LGSS 2015. (Aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre).	125
3.3. Perspectiva doctrinal de la distinción.	125

3.3.1. Doctrina favorable consideración conjunta de las contingencias.	125
3.3.2. Doctrina favorable para mantener la división de las contingencias.	127
3.3.3. Medidas de equiparación de las contingencias profesionales.	131
3.4. Los riesgos profesionales: La enfermedad profesional frente al accidente de trabajo.....	131
3.4.1. Tratamiento Jurisprudencial de los riesgos profesionales.	134
3.4.1.1. Consideración Jurisprudencial conjunta de accidente de trabajo y enfermedad profesional.	134
3.4.1.2. Consideración Jurisprudencial diferenciando accidente de trabajo y enfermedad profesional.	140
3.4.1.3. Consideración Jurisprudencial donde no hay desvinculación accidente de trabajo y enfermedad profesional.	143
3.4.1.3.1. Doctrina judicial de los Tribunales Superiores de Justicia.	144
3.4.1.3.2. Jurisprudencia Tribunal Supremo. En particular la Sentencia del Tribunal Supremo 14 de febrero 2006.	147
3.4.2. Objeto común de accidente de trabajo y enfermedad profesional: proteger al trabajador.	151
3.5. Peculiaridades en la protección de las contingencias profesionales.	154
3.5.1. Especial referencia al recargo de prestaciones de Seguridad Social.	162
3.5.1.1. Naturaleza jurídica del recargo.	163
3.5.1.2. Compatibilidad del recargo con otras responsabilidades.	171
3.5.1.3.- Competencia y procedimiento para reconocimiento del recargo.	173
3.6. Especialidades en el acceso a las prestaciones cuando derivan de contingencias profesionales.	175
3.6.1. La Incapacidad Temporal derivada de contingencias profesionales.	176
3.6.2. La Incapacidad Permanente derivada de contingencias profesionales.	179
3.6.2.1. La Incapacidad Permanente derivada de enfermedad profesional en la minería del carbón: salarios normalizados.	182
3.6.3. Muerte y supervivencia derivada de contingencias profesionales.	183

CAPITULO IV

EL ACCIDENTE DE TRABAJO, CONCEPTO Y DEFINICION.....	187
--	------------

4.1. Concepto de accidente de trabajo.	187
4.2. Ampliación legislativa del concepto de accidentes de trabajo.	190
4.2.1. Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo.	190
4.2.1.1. Accidente “in itinere”. Elemento teleológico, cronológico, topográfico y mecánico.....	191
4.2.1.1.1. Ampliación de los beneficios de los conductores profesionales a otros conductores.	197
4.2.1.1.2. Problemas aplicativos en el accidente de trabajo “in itinere”, y su relación con la enfermedad del trabajo.	199
4.2.1.2. Accidente en misión.	201
4.2.2. Los que sufra 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.	204
4.2.3. Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su grupo profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.....	205
4.2.4. Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.....	207
4.2.5. Ampliaciones de las situaciones de accidente de trabajo.....	208
4.2.5.1. La imprudencia profesional.	208
4.2.5.2. El acto doloso e imprudente de un tercero.	209
4.2.6. Exclusiones de la consideración de accidente de trabajo.....	210
4.2.6.1. La fuerza mayor.	210
4.2.6.2. El dolo o la imprudencia temeraria del trabajador.	211

CAPITULO V

LA ENFERMEDAD DEL TRABAJO.	213
5.1. Las enfermedades causadas por el trabajo que la Ley asimila al accidente de trabajo.	
La enfermedad del trabajo.	214
5.1.1. Primeras manifestaciones de la jurisprudencia donde produce una asimilación de las enfermedades de trabajo al accidente de trabajo	217

5.1.2. Asimilación genérica. Las enfermedades, no incluidas en el artículo 157 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.	219
5.1.3. Asimilación particular específica. Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.	222
5.1.4. Asimilación particular específica. 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.	227
5.2. Presunción de accidente de trabajo. Asimilación Global de enfermedad del trabajo. Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutiva de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo.	230
5.2.1. Enfermedad profesional. Enfermedad del trabajo. Accidente de trabajo. La relación causal.	231
5.2.2. La presunción de laboralidad.	233
5.2.2.1. La trascendencia de los términos tiempo y lugar de trabajo.	234
5.2.2.1.1. La presunción de laboralidad del tiempo de descanso para el bocadillo.	235
5.2.2.1.2. La presunción de laboralidad del desprendimiento de retina.	237
5.2.2.2. Ruptura de la doble condición tiempo y lugar de trabajo.	240
5.2.3. La inversión de la carga de la prueba.	241
5.2.4. Posible contradicción entre artículos 156.2.e) y 156.3 de LGSS.	243
5.3. Problemas que conlleva la consideración jurídica de las enfermedades de trabajo como accidente de trabajo.	246
5.3.1. El sistema mixto, alternativa para el concepto de enfermedades del trabajo.	250
5.4. Enumeración “de algunas” enfermedades del trabajo.	250
5.4.1. Enfermedades cardiovasculares, hemorragias cerebrales.	251
5.4.1.1. Enfermedades cardiovasculares, hemorragias cerebrales, en tiempo y lugar de trabajo.	252
5.4.1.1.1. Especial consideración al infarto producido en los vestuarios y durante el tiempo de descanso entre jornadas.	257

5.4.1.2. Enfermedades cardiovasculares, hemorragias cerebrales, fuera de tiempo y lugar de trabajo.....	262
5.4.1.2.1. Enfermedades cardiovasculares, hemorragias cerebrales, “in itinere”	264
5.4.1.2.2. Enfermedades cardiovasculares, hemorragias cerebrales, “en misión”.	264
5.4.2. Enfermedades que se agravan por un accidente de trabajo, derivadas de esfuerzo.	268
5.4.2.1. Enfermedades padecidas con anterioridad que se agravan por un accidente de trabajo, derivadas de esfuerzo: enfermedades de trabajo musculoesqueléticas.	268
5.4.2.1.1. Enfermedades padecidas con anterioridad que se agravan por un accidente de trabajo, derivadas de esfuerzo: musculoesqueléticas. Artículo 156.2.f) LGSS.	270
5.4.2.1.2. Enfermedades intercurrentes consecuencias, complicaciones de un accidente de trabajo, derivadas de esfuerzo: musculoesqueléticas. Artículo 156.2.g LGSS.	275
5.4.2.1.3. Lesiones que sufra el trabajador en tiempo y lugar de trabajo, derivadas de esfuerzo, lesiones musculoesqueléticas. Artículo 156.3. LGSS.	276
5.4.3. Enfermedades derivadas de riesgos psicosociales.	282
5.4.3.1. El silencio del RD 1299/2006 de 10 noviembre con respecto a los riesgos psicosociales.	285
5.4.3.2. La relación de causalidad entre trabajo y enfermedad en los riesgos psicosociales. La teoría de la multicausalidad.	287
5.4.3.3. Posibles alternativas a la calificación de las patologías causadas por los riesgos psicosociales.	289
5.4.3.4. Enfermedades causadas por los riesgos psicosociales.	290
5.4.3.4.1. El estrés y derivados.	291
5.4.3.4.2. El síndrome del trabajador quemado (burn-out).	294
5.4.3.4.3. Una peculiar referencia al suicidio.	296
5.4.3.4.3.1. Tensión-distensión entre el artículo 156.3 y el 156.4.b) LGSS.	297
5.4.3.4.3.2. Evolución jurisprudencial en relación al suicidio.	300
5.4.3.4.4. La violencia en el trabajo. El acoso laboral.	305
5.4.3.4.4.1. El recargo de prestaciones en el acoso laboral. (Tratamiento específico).	309
5.4.3.4.4.2. Las obligaciones empresariales para hacer frente al acoso.	310
5.4.4. Enfermedades derivadas de riesgos emergentes.	312
5.4.4.1. El síndrome Hipersensibilidad Química Múltiple o alergia universal.	314
5.4.4.2. El síndrome de Hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad: riesgos por exposiciones a campos electromagnéticos.	318

5.4.4.2.1. Normativa nacional e internacional del síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad.....	320
5.4.4.2.2. El Real Decreto 299/2016, de 22 de julio, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a campos electromagnéticos.....	323
5.4.4.2.3. Jurisprudencia en materia del síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad.....	325
5.4.4.2.3.1. El síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad, ¿contingencia común o profesional?	327
5.4.4.2.3.2. El síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad se presenta unida a otras múltiples patologías.....	329
5.4.4.2.3.2.1 El síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad de manera singular no constituye patología para determinar incapacidades.....	329
5.4.4.2.3.2.2. El síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad se presenta unida a otras múltiples patologías determina Incapacidad Permanente Total.....	331
5.4.4.2.3.2.3. El síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad se presenta unida a otras múltiples patologías que determina Incapacidad Permanente Absoluta.....	332
5.4.4.2.3.2.4. El síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad se presenta unida a otras múltiples patologías y no determina Incapacidad Permanente.....	334
5.4.4.2.3.3. Consideración final, conclusión.....	336

CAPITULO VI

LA ENFERMEDAD PROFESIONAL.....	339
6.1. Concepto de enfermedad profesional. Dualidad de conceptos.....	339
6.1.1. Sistemas o modelos de configuración del concepto de enfermedad profesional.....	340
6.1.1.1. El sistema lista.....	341
6.1.1.2. El sistema abierto o de determinación judicial.....	343
6.1.1.3. El sistema mixto.....	344
6.1.1.4. Sistema establecido en la normativa española.....	345

6.1.2. Dualidad de conceptos.....	352
6.1.2.1. Concepto etiológico.....	352
6.1.2.2. Concepto enumerativo.....	357
6.1.2.3. La relación de causalidad.....	359
6.2. Noción de enfermedad profesional en nuestro Ordenamiento Jurídico.....	363
6.2.1. Concepto y elementos de enfermedad profesional.....	364
6.2.1.1. Trabajo por cuenta ajena.....	365
6.2.1.2. El sistema “de lista”.....	368
6.2.1.3. La relación de causalidad estricta.....	369

CAPITULO VII

LA LISTA OFICIAL DE ENFERMEDADES PROFESIONALES	377
7.1. La lista oficial de enfermedades profesionales del RD 1995/1978.....	377
7.1.1. Circunstancias que determinan la necesidad de una nueva lista.....	378
7.2. Vigente ordenación del cuadro de enfermedades profesionales: Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre.....	380
7.3. Novedades del Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre.....	383
7.4. Contenido del cuadro de enfermedades profesionales.....	390
7.4.1. La lista del Anexo I de enfermedades profesionales.....	391
7.4.1.1. Grupo 1. Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.....	392
7.4.1.1.1. Grupo 1. Interpretación jurisprudencial.....	396
7.4.1.2. Grupo 2. Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.....	400
7.4.1.2.1. Grupo 2. . Interpretación jurisprudencial.....	403
7.4.1.3. Grupo 3. Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos. Especial referencia al profesional sanitario.....	408
7.4.1.3.1. Grupo 3. Interpretación jurisprudencial.....	411
7.4.1.3.1.1. Interpretación jurisprudencial consideración enfermedad profesional...	411
7.4.1.3.1.2. Interpretación jurisprudencial no se considera enfermedad profesional. Tratamiento de la gripe.....	412
7.4.1.4. Grupo 4. Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.....	415

7.4.1.4.1. Grupo 4. Interpretación jurisprudencial.	416
7.4.1.4.1.1. Consideración enfermedad profesional, en supuestos de amianto y sílice.....	416
7.4.1.4.1.2. No se declara enfermedad profesional en algunos supuestos controvertidos.....	420
7.4.1.5. Grupo 5. Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.	422
7.4.1.5.1. Grupo 5. Interpretación jurisprudencial.	424
7.4.1.5.1.1. Declaración enfermedad profesional.	424
7.4.1.5.1.2. No se declara enfermedad profesional en algunos supuestos controvertidos.....	426
7.4.1.6. Grupo 6. Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos. Ampliaciones por RD 1150/2015 y RD 257/2018.	426
7.4.1.6.1. Grupo 6. Interpretación jurisprudencial.	429
7.4.1.6.1.1. Declaración enfermedad profesional.	429
7.4.1.6.1.2. No se considera enfermedad profesional, algunos supuestos controvertidos.....	433
7.4.1.7. Enfermedad profesional que se puede ubicar en diferentes grupos.	435
7.4.2. La lista del Anexo II. Lista complementaria de enfermedades profesionales.....	437
7.4.2.1. La lista del Anexo II. ¿Qué consideración tiene esta lista? ¿Es una reconducción a la enfermedad de trabajo?	438
7.4.2.2. La lista del Anexo II. Estructura.....	443
7.4.2.3. La lista del Anexo II. Ausencias.	446
7.4.2.4. La lista del Anexo II. Alternativa a un sistema mixto.....	447
7.5. Notificación y registro de la enfermedad profesional en el Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre.	451
7.5.1. Procedimiento de notificación y registro de la enfermedad profesional en el Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre.....	456
7.5.1.1. Contenido del parte electrónico de enfermedad profesional.	459
7.5.1.1.1. Guía de los síntomas y patologías relacionado con el agente causante de enfermedad profesional.....	462
7.5.1.2. Transmisión y tratamiento del parte electrónico de enfermedad profesional. CEPROSS.....	465

7.5.1.3. Inconvenientes jurídicos de la transmisión del parte electrónico de enfermedad profesional por el sistema CEPROSS.....	468
7.5.1.3.1. Cumplimiento de la normativa de la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.	470
7.5.1.4. Beneficios de la elaboración y de la tramitación del nuevo parte de enfermedad profesional.....	472
7.5.1.4.1. Sistema CEPROSS. Utilización del sistema de alertas para prevenir.....	473
7.5.1.4.2. Observatorio de las enfermedades profesionales. CEPROSS y PANOTRASS.	474
7.5.1.5. Terminación del procedimiento de notificación y registro de enfermedades profesionales.	475
7.5.1.6. Información estadística del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social de las enfermedades profesionales.	478
7.6. Clasificación de las actividades que desarrollan las enfermedades del Anexo I del RD 1299/2006.....	489
7.6.1. Actividades que desarrollan las enfermedades del grupo 1 del RD 1299/2006:	
Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.....	489
A.- Fabricación y empleo de colorantes, disolventes, pinturas, pigmentos, blanqueo, decoloración y tintes:.....	490
B.- Fabricación y empleo de insecticidas, herbicidas, fungicidas, pesticidas, abonos.	495
C.- Actividades de la Industria Farmacéutica.....	497
D.- Actividades relacionadas con resinas y plásticos.....	498
E.- Actividades relacionadas con industria química.....	500
F.- Actividades relacionadas con limpieza, desinfectantes, detergentes, fabricación de productos de limpieza, quitamanchas.	501
G.- Actividades relacionadas con la gasolina y el petróleo.....	502
H.- Actividades relacionadas con pirotecnia y explosivos.....	503
I.- Actividades relacionadas con la industria textil.....	504
J.- Actividades relacionadas con la cosmética, perfumes y peluquería.....	505
K.- Actividades relacionadas con la fotografía.....	505
L.- Actividades relacionadas en la industria de la madera.....	506
M.- Actividades relacionadas con metales.....	507
N.- Actividades relacionadas con papelería.....	507
Ñ.- Actividades relacionadas con el vidrio, cristales.....	507

7.6.2. Actividades que desarrollan las enfermedades del grupo 2 del RD 1299/2006:	
Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.....	507
A.- Actividades relacionadas con la construcción.....	508
B.- Actividades relacionadas con la madera.....	509
C.- Actividades del personal sanitario (electromedicina) en aparatos de rayos X.....	509
D.- Actividades relacionadas con la minería.....	510
E.- Actividades relacionadas con la sastrería, textil y calzado.....	510
F.- Actividades relacionadas con el transporte aéreo.....	511
G.- Actividades relacionadas con el ocio y las discotecas.....	512
H.- Actividades relacionadas con agricultura y la ganadería.....	512
I.- Actividades relacionadas con el vidrio.....	513
J.- Actividades en laboratorios y en material bacteriológico.....	513
K.- Actividades relacionadas con la alimentación.....	514
L.- Actividades relacionadas con la calderería.....	514
LI.- Actividades relacionadas con residuos.....	514
M.- Actividades relacionadas en combustibles.....	515
N.- Actividades deportivas.....	515
Ñ.- Actividades realizadas en cámaras hiperbáricas, buceo.....	515
O.- Mecánicos.....	515
P.- Actividades que produzcan vibraciones.....	516
Q.- Actividades que usen de manera continuada la voz.....	516
R.- Carga y descarga.....	516
S.- Actividades de imprenta.....	517
T.- Actividades de la industria química y farmacéutica.....	517
U.- Actividades relacionadas con el plástico.....	517
V.- Actividades relacionadas con municiones y explosivos.....	517
W.- Actividades de hostelería.....	517
X.- Actividades relacionadas con la relojería.....	518
7.6.3. Actividades que desarrollan las enfermedades del grupo 3 del RD 1299/2006:	
Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.....	518
A.- Actividades relacionadas con el cuidado, la cría y el transporte de animales.....	518
B.- Actividades relacionadas con la humedad.....	519
C.- Actividades ejercitadas por el personal sanitario.....	519
D.- Actividades relacionadas con la agricultura.....	520
E.- Actividades ejercitadas por personal de laboratorio.....	520

F.- Actividades relacionadas con mataderos.	520
G.- Actividades forestales.	520
H.- Actividades relacionadas con la peletería.	520
7.6.4. Actividades que desarrollan las enfermedades del grupo 4 del RD 1299/2006:	
Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.	
A.- Actividades relacionadas con la alimentación.	521
Que provoquen rinoconjuntivitis:	521
Que provoquen asma:	522
Que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad):	523
Que provoquen síndrome de disfunción reactivo de la vía aérea:	523
Que provoquen fibrosis intersticial difusa:	524
Que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso:	525
B.- Actividades relacionadas con la industria metalúrgica y con los metales.	525
Industria metalúrgica:	525
Metales:	526
C.- Actividades realizadas en minas y canteras.	527
D.- Actividades textiles y de cuero.	528
E.- Actividades relacionadas con la construcción.	529
F.- Actividades relacionadas con la pintura.	530
G.- Actividades relacionadas con el papel.	533
H.- Actividades de la industria química.	535
I.- Actividades de la industria farmacéutica.	536
J.- Actividades de la industria cosmética.	538
K.- Actividades relacionadas con productos sanitarios, odontólogos, clínicas dentales.	540
L.- Actividades relacionadas con la cerámica.	544
LI.- Actividades relacionadas con plásticos y resinas.	545
M.- Actividades relacionadas tratamiento de amianto.	548
N.- Actividades relacionadas con el caucho.	549
Ñ.- Actividades relacionadas con la industria automovilística.	550
O.- Actividades relacionadas con la limpieza.	550
P.- Actividades relacionadas con la agricultura.	552
Q.- Actividades relacionadas con la ganadería.	552
Q-1.- Actividades relacionadas con la zoología.	553
Q-2.- Actividades relacionadas con la avicultura.	553

Q-3.- Actividades relacionadas con la piscicultura.....	554
R.- Actividades relacionadas abonos y piensos.....	555
S.- Actividades relacionadas con la madera.....	555
T.- Actividades relacionadas con el corcho.....	557
U.- Actividades relacionadas con la industria electrónica.....	558
V.- Actividades relacionadas con la joyería.....	558
W.- Actividades relacionadas con la industria aeronáutica.....	559
X.- Trabajos en fotocopiadoras.....	559
Y.- Actividades relacionadas con la industria petrolera.....	560
Z.- Actividades relacionadas con la fabricación de artefactos pirotécnicos y explosivos.....	560
AA.- Actividades relacionadas con la fabricación del vidrio.....	560
7.6.5. Actividades que desarrollan las enfermedades del grupo 5 del RD 1299/2006:	
Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.....	
A.- Actividades relacionadas con la sanidad.....	561
B.- Actividades relacionadas con la industria de la alimentación.....	562
C.- Actividades relacionadas con animales.....	562
D.- Actividades relacionadas con la industria de metales.....	563
E.- Actividades relacionadas con la industria del plástico.....	563
F.- Actividades relacionadas con la industria del látex.....	563
G.- Actividades relacionadas con la madera.....	564
H.- Actividades relacionadas con el papel.....	564
I.- Actividades relacionadas pinturas, lacas, colorantes, esmaltes, adhesivos, barnices.....	564
J.- Actividades relacionadas con la industria textil.....	564
K.- Actividades relacionadas con la industria del cuero.....	564
L.- Actividades relacionadas con la industria farmacéutica.....	565
LI.- Actividades relacionadas con la industria química.....	565
M.- Actividades relacionadas con la construcción.....	565
N.- Actividades relacionadas con la fotografía.....	565
Ñ.- Actividades relacionadas con la limpieza.....	565
O.- Actividades relacionadas con la industria cosmética.....	565
P.- Actividades relacionadas con la industria electrónica y aeronáutica.....	565
Q.- Actividades relacionadas con la fabricación de espumas de poliuretano.....	566
R.- Actividades relacionadas con la joyería.....	566
S.- Actividades relacionadas con la industria del caucho.....	566

T.- Actividades relacionadas con personal de orden público y centros penitenciarios....	566
U.- Actividades relacionadas con sustancias fotosensibilizantes.	566
V.- Actividades relacionadas con la industria de fibras vegetales para tejer.	566
7.6.6. Actividades que desarrollan las enfermedades del grupo 6 del RD 1299/2006.	
Enfermedades profesionales causadas por agentes cancerígenos.	567
A.- Actividades relacionadas con la industria metalúrgica.	567
A-1.- Actividades relacionadas con la industria de acero inoxidable.	573
B.- Actividades relacionadas con la industria automovilística.	574
B-1.- Actividades relacionadas con la industria del caucho.	577
C.- Actividades relacionadas con la construcción.	578
D.- Actividades relacionadas con la industria de la pintura, los colorantes y los tintes. ...	581
E.- Actividades relacionadas con minerales y rocas.	584
F.- Actividades relacionadas con la industria del vidrio, cerámica, porcelana.	587
G.- Actividades relacionadas con la industria textil.	589
G-1.- Actividades relacionadas con la industria de pieles.	589
H.- Actividades relacionadas con la industria de la madera.	590
I.- Actividades relacionadas con la industria pirotécnica, con municiones y explosivos. ...	592
J.- Actividades relacionadas con la industria de la imprenta, el papel y el cartón.	593
K.- Actividades relacionadas con la industria de aparatos de Rayos X, radioterapia.	594
L.- Actividades relacionadas con pesticidas, insecticidas.	596
LI.- Actividades relacionadas con la industria farmacéutica.	597
LI-1.- Actividades relacionadas con la industria química.	597
M.- Actividades relacionadas con la industria eléctrica y energía.	598
N.- Actividades relacionadas con residuos.	599
Ñ.- Actividades relacionadas con la industria del plástico.	600
O.- Actividades relacionadas con la industria aeroespacial y nuclear.	600
P.- Actividades relacionadas con trabajos en laboratorio.	601
Q.- Actividades relacionadas con la industria del gas y el petróleo.	602
R.- Actividades relacionadas con la fabricación de joyas.	602
S.- Actividades relacionadas con hornos.	603
T.- Actividades relacionadas con construcción naval y de trenes.	603
U.- Actividades relacionadas con la restauración de arte.	605
V.- Actividades relacionadas con la taxidermia.	606
W.- Actividades relacionadas con la fabricación de cerillas y fósforos.	606
X.- Actividades relacionadas con la alimentación.	606

Y.- Actividades relacionadas con la industria cosmética y peluquería.....	606
Z.- Actividades relacionadas con polvos detergentes y enmascarador de olores.....	607

CAPITULO VIII

LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL.....	609
8.1. Delimitar el objeto de la prevención.....	609
8.2. Riesgos tradicionales y riesgos emergentes: la robótica.....	611
8.3. Normativa en materia de prevención de riesgos laborales.....	613
8.4. El deber de seguridad del empresario.....	619
8.4.1. El deber de seguridad del empresario y enfermedad profesional.....	621
8.4.1.1. El nivel óptimo del deber de seguridad del empresario.....	624
8.5. Precisiones específicas del deber de seguridad en la enfermedad profesional.....	627
8.5.1. El plan de prevención.....	628
8.5.2. La evaluación de riesgos laborales.....	630
8.5.2.1. La evaluación de riesgos específicos.....	632
8.5.2.1.1. La evaluación de riesgos específicos, riesgos químicos.....	632
8.5.2.1.2. La evaluación de riesgos específicos, riesgos físicos, ruido y radiaciones. .	634
8.5.2.1.3. La evaluación de riesgos específicos, riesgos biológicos y cancerígenos....	636
8.5.3. La planificación de la actividad preventiva.....	638
8.5.4. La obligación de información al trabajador.....	639
8.5.5. La obligación de formación al trabajador.....	641
8.5.6. La obligación de documentación.....	642
8.5.7. Equipos de trabajo y obligación de aportar equipos de protección.....	645
8.6. Característica protectora de la enfermedad profesional: la vigilancia de la salud.....	649
8.6.1. Concepto de la vigilancia de la salud.....	650
8.6.2. Los reconocimientos médicos.....	655
8.6.2.1. Los reconocimientos médicos. Normativa.....	656
8.6.2.2. Tipos de reconocimientos médicos: previos y periódicos.....	659
8.6.2.3. Los reconocimientos médicos. Obligatoriedad y voluntariedad.....	665
8.6.2.3.1. Los reconocimientos médicos. El consentimiento previo.....	669

8.6.2.3.2. El consentimiento previo: excepciones.	672
8.6.2.3.3. Consecuencias de los reconocimientos médicos.	675
8.6.2.3.4. Evolución jurisprudencial de los reconocimientos médicos.	680
8.6.2.3.5. Garantías de los derechos de los trabajadores en los reconocimientos médicos.	685
8.6.3. Los periodos de observación.	690
8.6.4. Trabajadores especialmente sensibles.	697
8.6.4.1. La protección de la maternidad y la función reproductora.	699
8.6.4.2. La protección a menores.	701
8.6.4.3. La protección de trabajadores temporales y en empresas de trabajo temporal. .	703
8.6.4.3.1. La protección de trabajadores temporales.	704
8.6.4.3. 2. La protección de trabajadores en empresas de trabajo temporal.	704
8.6.4.4. Otros trabajadores especialmente sensibles.	707
8.6.5. Prevención de riesgos psicológicos.	709
8.6.6. La prevención del Trabajador Autónomo.	713
8.6.7. Adicciones en el mundo laboral.	717
8.6.7.1. Adicciones en el mundo laboral. Acción represiva y punitiva.	720
8.6.7.2. Adicciones en el mundo laboral. Promocionar la faceta preventiva.	723
8.6.7.3. Adicciones en el mundo laboral, vistas de cambio.	726
8.6.8. Previsiones preventivas en la enfermedad profesional.	729

CAPITULO IX

LA COLABORACIÓN EN LA GESTION DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	
 AMBITO PRIVADO DE LA GESTIÓN: ESPECIALIDADES DE LAS CONTINGENCIAS	
 PROFESIONALES.	733
9.1. Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y riesgos profesionales.	733
9.1.1. Concepto y notas características de las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social.	735
9.1.2. Competencias de las MCSS en la protección de las contingencias profesionales y en el marco de la enfermedad profesional.	737
9.1.2.1. Protección de las contingencias profesionales.	738
9.1.2.2. Prevención de enfermedades profesionales y MCSS.	741

9.1.2.3. Calificación de la enfermedad profesional, reconocimiento del derecho a las prestaciones.	744
9.1.2.4. El pago de las prestaciones derivadas de enfermedad profesional: responsabilidad de las MCSS.	746
9.2. Colaboración de las empresas en la gestión de la Seguridad Social.	752

CAPITULO X

ENFERMEDAD PROFESIONAL Y RESPONSABILIDADES EMPRESARIALES.	755
10.1. Reconocimiento legal de las responsabilidades.	755
10.2. Responsabilidad administrativa.	756
10.2.1. Infracciones administrativas.	758
10.2.2. Sanciones administrativas.	759
10.3. Responsabilidad penal.	761
10.3.1. Responsabilidad penal de la enfermedad profesión frente al accidente de trabajo.	763
10.3.2. Sujetos responsables.	765
10.3.3. Sanciones.	766
10.3.4. Delitos de homicidio y lesiones.	767
10.4. Responsabilidad civil o patrimonial: indemnización privada por daños derivados de enfermedad profesional.	768
10.4.1. Responsabilidad civil o patrimonial: la carga de la prueba.	769
10.4.2. La cuantía de las indemnizaciones.	772
10.4.2.1. Cuantificación de incapacidades temporales.	778
10.4.2.2. La prescripción de la responsabilidad en la enfermedad profesional.	778
10.5. Unificación en la Jurisdicción Social.	780
10.6. Compatibilidad de responsabilidades: principio “non bis in ídem”.	782
10.7. Responsabilidad disciplinaria.	786

CAPITULO XI

LA ENFERMEDAD PROFESIONAL Y LA NEGOCIACION COLECTIVA.....	787
11.1. Negociación colectiva, enfermedad profesional y cláusulas de contenido económico....	789
11.2. Negociación colectiva, enfermedad profesional y prevención de riesgos laborales.....	790
11.3. Problemas de la negociación colectiva en la enfermedad profesional.	796
CONCLUSIONES	799
BIBLIOGRAFIA.....	823
PÁGINAS WEB O ENLACES.	845
JURISPRUDENCIA	849
TRIBUNAL DE JUSTICIA DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS	849
TRIBUNAL DE JUSTICIA DE LA UNIÓN EUROPEA.....	849
TRIBUNAL CONSTITUCIONAL	849
TRIBUNAL SUPREMO	850
TRIBUNALES SUPERIORES DE JUSTICIA	859
JUZGADO DE LO SOCIAL	873

ABREVIATURAS

AA.VV.: Autores varios.

CANAE: Clasificación Nacional de Actividades Económicas.

CEE: Comunidad Económica Europea.

CEPROSS: Comunicación de las Enfermedades Profesionales a la Seguridad Social.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades elaborada por la Organización Mundial de la Salud.

CNO: Clasificación Nacional de Ocupaciones.

EEGG: Entidades Gestoras.

ET: Estatuto de los Trabajadores.

ETT: Empresa de Trabajo Temporal

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social.

IP: Incapacidad Permanente.

IT: Incapacidad Temporal.

LBSS: Ley 193/1963, de 28 de diciembre de Bases de la Seguridad Social.

LETA: Ley del Estatuto del Trabajador Autónomo.

LETT: Ley de Empresas de Trabajo Temporal.

LGSS: Ley General de la Seguridad Social.

LISOS: Ley de Infracciones y Sanciones del Orden Social.

LOPD: Ley Orgánica de Protección de Datos 3/2018 de 5 de diciembre

LPRL: Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

MCSS: Mutuas Colaboradores Seguridad Social.

ob.cit: Obra citada.

OCE: Orden de Colaboración de las Empresas en el Régimen General de la Seguridad Social.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

O.MTIN: Orden del Ministerio Trabajo e Inmigración.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

O.TAS: Orden del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

PANOTRASS: Enfermedades causadas o agravadas por el trabajo.

RMATEPSS: Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, que aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en la Gestión de la Seguridad Social.

STS: Sentencia Tribunal Supremo.

STSJ: Sentencia Tribunal Superior Justicia.

TGSS: Tesorería General de la Seguridad Social.

RESUMEN

Partiendo de la distinción entre las contingencias comunes y profesionales, se describen las distintas posturas que mantiene la doctrina, por una parte doctrina favorable a mantener la distinción entre contingencias comunes y profesionales y, por otra parte, la doctrina que defiende la tesis de establecer la consideración conjunta de contingencias, comunes y profesionales, a fin de otorgar al trabajador la misma protección social ya sea la contingencia común o profesional, para evitar el diferente trato actual existente entre las distintas contingencias y los problemas aplicativos que ello supone.

Y dentro de las contingencias profesionales se distingue el accidente de trabajo y la enfermedad profesional, si bien la enfermedad profesional en un primer momento fue considerada por la jurisprudencia un accidente de trabajo, y a medida que evolucionaba la normativa lo hacía la jurisprudencia, pero estableciendo que si bien conceptualmente podrían diferenciarse sin embargo, no hay una desvinculación total entre accidente de trabajo y enfermedad profesional porque la finalidad de ambas contingencias es proteger al trabajador.

Se analiza el concepto de accidente de trabajo y enfermedad profesional y enfermedad del trabajo, legal, doctrinal y jurisprudencialmente. Pero, como en nuestro ordenamiento jurídico para determinar una enfermedad profesional se remite a una lista cerrada, y como existen patologías que a pesar de la etiología laboral que no están dentro de la concepción de la enfermedad profesional, el Tribunal Supremo, antes de estar identificada por el legislador, estableció la protección que se concede a las contingencias profesionales también a las llamadas enfermedades del trabajo, a las que se asimila como accidente de trabajo, por tanto hay accidentes que se producen de manera lenta y progresiva. Se describen diferentes enfermedades del trabajo.

Como el concepto legal de enfermedad profesional remite a una lista cerrada de enfermedades profesionales, se ha estudiado el RD 1299/2006, de 10 de noviembre, tanto los 6 grupos del Anexo I y del Anexo II, y la valoración que realiza la doctrina y la jurisprudencia de cada uno de los grupos.

No se puede estudiar la enfermedad profesional sin estudiar la prevención de riesgos laborales y la importancia de la vigilancia de la salud y en concreto los reconocimientos médicos, así como la colaboración en la gestión de las contingencias profesionales de las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social. Y las consecuencias que derivan del incumplimiento, las posibles responsabilidades civil, penal, administrativas y recargo de prestaciones por incumplimiento de normas preventivas.

Dado que la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020 establece la relación directa entre la implicación de empresarios y trabajadores y niveles de seguridad, la negociación colectiva puede ser destacable para regular las condiciones de trabajo y obtener lugares de trabajo seguros y saludables.

INTRODUCCIÓN.

1. IMPORTANCIA DEL TEMA ESTUDIADO.

Uno de los soportes básicos sobre los que se construye la amplia y compleja estructura del sistema protector de la Seguridad Social es en la figura del accidente de trabajo¹, y al lado de éste aparece la enfermedad profesional². Ambos forman el extenso e importante campo protector de la Seguridad Social que tiene por objeto el estudio de los riesgos profesionales.

Son bastantes los países donde los inicios legislativos, en materia protectora de la Seguridad Social, se llevaron a cabo precisamente mediante una ley reguladora del aseguramiento de los trabajadores por cuenta ajena en los casos de accidente laboral. Así, en primer lugar fue Gran Bretaña al publicar la Ley de Accidentes de Trabajo de 1897, le siguió Francia con la Ley de Accidentes de trabajo de 1898 y en España la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900³.

La enfermedad profesional en la mayoría de los ordenamientos jurídicos de las distintas naciones fue reconocida, en un primer momento, como una modalidad o especie particular del accidente de trabajo⁴. Fueron los Tribunales

¹ HEVIA-CAMPOMANES CALDERON, E., en AA.VV. (HEVIA-CAMPOMANES CALDERON, E., MIRANDA RIVAS, F., VIVANCO BUSTOS, M.C.): *Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales*. Madrid 2000. Editorial Colex, pág. 7. Vid., MARITNEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*. Valencia 2002. Editorial Tirant lo Blanc; SEMPERE NAVARRO, A.V.: *La responsabilidad empresarial por accidente de trabajo*. V Congreso Nacional del Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Pamplona 1994.

² HEVIA-CAMPOMANES CALDERON, E., en AA.VV.: *Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales*. ob. cit., pág. 7. Vid., SEMPERE NAVARRO, A.V.: "Virtualidad de la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900" en *Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales*. Navarra 2007. Editorial Aranzadi, Cizur Menor; GONZALEZ ORTEGA, S.: "Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia" en *Las enfermedades profesionales*. Valencia 2017. Editorial Tirant lo Blanch, págs. 25-51.

³ HEVIA-CAMPOMANES CALDERON, E., en AA.VV.: *Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 7.

⁴ HEVIA-CAMPOMANES CALDERON, E. en AA.VV.: *Los accidentes de trabajo*. ob.cit. pág. 8. En el mismo sentido GARCIA ORTEGA, J.: "La enfermedad profesional", en AA.VV. *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. Directora PEREZ ALONSO M.A. Tirant lo Blanch. Valencia 2015.pág. 280; MORENO MARQUEZ, A.: "El tratamiento jurisprudencial de la enfermedad profesional", en AA.VV.

de Justicia españoles los primeros en acuñar a nivel mundial el concepto de enfermedad profesional. Así, el Tribunal Supremo en la Sentencia de 17 de junio de 1903, y con posterioridad otras muchas, llevo a cabo tal reconocimiento, partiendo de la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900. En su Sentencia, el Tribunal consideró que dentro del concepto de accidente laboral establecido en esa Ley, se comprendían también las enfermedades contraídas como consecuencia de la actividad profesional.⁵ En este sentido, calificó como accidente de trabajo la pérdida total de visión sufrida por un operario a causa de intoxicación por plomo (intoxicación saturnina) derivada de la actividad profesional por él desarrollada.⁶

En los años sucesivos otros países, como Francia, Alemania, Gran Bretaña y Bélgica, siguieron estos criterios, equiparando las enfermedades profesionales a los accidentes de trabajo, bien mediante sentencia judicial, bien mediante disposición legal⁷.

Si bien, el tema principal del presente trabajo es la enfermedad profesional, el estudio de la misma no se puede separar, no se puede desvincular del accidente de trabajo, porque ya desde la primera legislación

(Investigadores responsables BARCELON COBEDO, S.; GONZALEZ ORTEGAS, S.) *Las enfermedades profesionales*. Valencia 2017. Editorial Tirant lo Blanch, pág. 410.

⁵ GARCIA ORTEGA, J.: "La enfermedad profesional", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 280. Esta Sentencia califico de accidente de trabajo la intoxicación saturnina de un obrero que produjo la ceguera que "...si bien no es dable confundir en modo alguno lo que es accidente de trabajo con lo que constituye una enfermedad contraída en el ejercicio de una profesión determinada, cuando esta enfermedad no tiene relación absoluta e inmediata con aquella profesión, sino que depende del agotamiento o desgaste natural de fuerzas empleadas en los trabajos a los que el individuo se dedique, es, por el contrario, evidente que, la lesión a que se refiere el artículo 1 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, porque ésta no define el accidente con referencia a un suceso repentino más o menos imprevisto, sino, al hecho mismo constitutivo en sí de la lesión, ya que se emplean materias toxicas o insalubres, seria por demás insólito que acaecieran repentinamente..."

⁶ HEVIA-CAMPOMANES CALDEREON, E.: *Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 8

⁷ HEVIA-CAMPOMANES CALDEREON, E.: *Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 8

en materia de riesgos sociales no había diferencias entre accidente de trabajo y enfermedad profesional⁸, se regulaba el accidente de trabajo pero no se contemplaba específicamente la enfermedad profesional, no obstante se asimilaba al mismo, perdurando esta unidad conceptual, como expresa GARCIA ORTEGA⁹, hasta la regulación del Seguro Obligatorio de Silicosis por Decreto de 3 de septiembre de 1941.

La jurisprudencia ha considerado de manera conjunta el accidente de trabajo y la enfermedad profesional, desde la Ley de Accidentes de Trabajo, de 30 de enero 1900. El Tribunal Supremo ha venido vinculando la enfermedad profesional al accidente de trabajo, tanto cuando no había definición especial, como cuando con posterioridad la enfermedad profesional contaba con una norma propia, considerando el Tribunal Supremo que la enfermedad profesional es un accidente de trabajo o una variación del mismo, y no se ha producido una desvinculación total de la enfermedad profesional del concepto del accidente de trabajo. Actualmente, todavía sigue existiendo cierto grado de indeterminación, existiendo doctrina judicial que sigue manteniendo que el concepto legal no desvincula la enfermedad profesional del accidente de trabajo, sino que simplemente da una presunción a favor de que existe cuando la enfermedad está catalogada y se contrajo en una de las actividades previstas y en las sustancias que se establecen en la lista.

Por otra parte, existe otra contingencia que se estudia, en la que el trabajo es la causa exclusiva de las alteraciones de la salud, y que la jurisprudencia la ha asimilado al accidente de trabajo, apareciendo un tercer concepto “sui generis” dentro de las contingencias profesionales, que es diferente del accidente de trabajo y la enfermedad profesional, es la llamada por la doctrina

⁸ SERRANO PICON, R.: *Las enfermedades profesionales y la Seguridad Social*. Valladolid, 1970. Editorial Lex Nova, págs. 211 y ss.

⁹ GARCIA ORTEGA, J.: “La enfermedad profesional”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 280.

enfermedad del trabajo. Si bien, la enfermedad del trabajo recibe el mismo tratamiento jurídico que el accidente de trabajo, pero no se puede beneficiar de las normas específicas, que contiene el ordenamiento jurídico español, en materia de prevención de riesgos laborales para las enfermedades profesionales.

Actualmente, la protección de las enfermedades profesionales, pese a estar contemplada en la normativa de la Seguridad Social, no ha alcanzado la importancia del accidente de trabajo. La enfermedad profesional, como expresa LOPEZ GANDIA¹⁰, se va produciendo de manera lenta y progresiva a diferencia del carácter traumático e inmediato del accidente de trabajo. La primera no ha tenido el impacto que hubiera merecido y sólo en pocas ocasiones, como en el síndrome Ardystil o los efectos de utilización de productos cancerígenos como el amianto, han llevado a un primer plano las patologías derivadas de enfermedades profesionales.

Las enfermedades profesionales suelen concebirse como fenómenos excepcionales y aislados, como expresa LOPEZ GANDIA¹¹, cuando generalmente son consecuencia de unas malas condiciones de trabajo, donde las normas no son más que papel mojado, una manifestación de las autoridades encargadas de comprobar su aplicación. Muchas veces se acaban aceptando y tolerando por todas condiciones de trabajo que constituyen un riesgo permanente para la salud. Por tanto, la primera víctima a sacrificar en el incumplimiento de las normas de prevención y de las malas condiciones de trabajo sea la salud del trabajador.

¹⁰ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en AA.VV. (LOPEZ GANDIA, J. AGUDO DIAZ, J.), *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*. Editorial Bormazo.3ª Edición. Albacete, 2007. pág. 9

¹¹ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*. ob.cit. pág. 9.

En este sentido, los avances de la ciencia y de la medicina van poniendo de manifiesto que las patologías de los países de la llamada sociedad postindustrial van perdiendo su carácter autónomo y, están relacionados con distintos factores de riesgo como genéticos, medioambientales, alimentarios y fundamentalmente, por el tema que nos ocupa, laborales¹².

La sociedad es cada vez más consciente de los riesgos que derivan del medio ambiente, de los productos utilizados para la elaboración de alimentos, de los riesgos que entrañan las nuevas tecnologías de comunicación o el consumo de ciertas sustancias. Y en cambio, a las patologías de origen laboral no se le concede la misma importancia. Al mismo tiempo que se ha producido una desvalorización social del actual mundo del trabajo y de sus valores, según expresa la doctrina científica como LOPEZ GANDIA¹³, se ha producido un aumento de los riesgos derivados de la utilización de las nuevas tecnologías, de los nuevos procesos productivos y de la aparición de nuevas sustancias en los ambientes de trabajo. Los riesgos profesionales quedarían anclados en una cultura obrera tradicional, donde no se sentirían identificados los nuevos colectivos de trabajadores y las nuevas clases medias, que viven una realidad laboral ajena a los vapores, sudores y temperaturas extremas. Sin embargo, esta visión es falsa, pues los riesgos y patologías profesionales no son algo propio del mundo de la producción y afectan también a los servicios. Asistimos a nuevos procesos patológicos que se traducen en enfermedades de nuevo tipo, donde las víctimas no eran muy conscientes hasta fechas recientes, como las enfermedades de la voz, de los nódulos vocales, las posturales, musculoesqueléticas, los nuevos riesgos psicosociales que generan los ambientes de trabajo, cuando se degradan al aparecer prácticas de violencia como el

¹² LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob.cit. pág. 10.

¹³ LOPEZ GANDIA, J.: "el nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob.cit. pág. 10.

mobbing o el estrés, y los nuevos riesgos emergentes como electrosensibilidad y el síndrome de Hipersensibilidad Química Múltiple. Pero estos fenómenos no son privativos de los trabajadores por cuenta ajena sino que afectan también a los autónomos.

Aunque no podemos justificar, si entender desde estas consideraciones la deficiente protección y regulación de las enfermedades profesionales y de su adaptación a los cambios tecnológicos, como expresa LOPEZ GANDIA¹⁴, a la forma de trabajar, a las nuevas sustancias utilizadas en los procesos productivos y en los nuevos riesgos psicosociales.

En cambio, de conformidad con la información que nos ofrece los cuadros estadísticos¹⁵ recabados mediante la aplicación informática CEPROSS, comunicación de enfermedad profesional Seguridad Social, aprobada por la Orden TAS 1/2007, de 2 de enero, que se confirma como conjunto de medios que permiten su transmisión por vía electrónica y la creación del correspondiente fichero de datos personales, siendo la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social la responsable de la Administración del aplicativo CEPROSS; según los datos que se disponen desde 2007 se observa que en éste año se cerraron 13.937 partes, de ellos solo 135 eran por accidente de trabajo, 286 por enfermedad común y, 13.516 partes eran debidos a enfermedad profesional, y de los cuales 9932 fueron con baja. En el año 2013 se cerraron 17.316 partes, de ellos por accidente de trabajo 461, por enfermedad común 1.401 y, por enfermedad profesional ascendieron a 15.454. Por último, en el año 2018 se cerraron 24.209 partes, de los cuales 577 fueron debidos a accidente de trabajo, 3.853 por enfermedad común y, por enfermedad profesional se cerraron 19.779, siendo con baja 10.007. Ante tal

¹⁴ LOPEZ GANDIA, J.: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. págs. 10-11.

¹⁵ https://w6.seg-social.es/PXWeb_NCIP/pxweb/es/Enfermedades%20profesionales/?rxid=f3e2c2db-c90a-4c23-8fe1-be9e86083bb6

evidencia, no se puede considerar que la enfermedad profesional como algo excepcional, y darle menor importancia que al accidente de trabajo.

El RD1299/2006, de 10 de noviembre, establece el cuadro y lista de enfermedades profesionales, en el mismo se modifica el sistema de notificación y registro, adaptando la lista a la realidad productiva actual y a los nuevos procesos productivos y organizativos, de conformidad con los nuevos avances industriales, a la aparición de algunas enfermedades profesionales y su vinculación con el trabajo.

El RD 1299/2006 se articula de manera similar a la Recomendación comunitaria 2003/670/CE, estableciendo una doble lista, el Anexo I que recoge enfermedades profesionales, no en todos los grupos, donde el origen profesional se ha demostrado científicamente, configurándose por sectores, profesiones o agentes, algunos de ellos son ejemplarizantes, lo que ha dado lugar a que la jurisprudencia lo interprete de una manera más flexible, permitiendo que la lista se extienda y así permitir al juez un mayor margen de interpretación y el Anexo II que es complementaria recogiendo enfermedades donde el origen y carácter profesional de las actividades de sospecha. He incluido la interpretación jurisprudencial que realizan, tanto el Tribunal Supremo como los Tribunales Superiores de Justicia de cada uno de los grupos del cuadro de enfermedades profesionales.

Siguiendo el RD 1299/2006 he realizado en el presente trabajo una clasificación de las actividades que pueden provocar enfermedades profesionales, intentando reunir las diferentes actividades que aparecen dispersas en cada grupo, se puede observar que dentro de cada grupo las posibles enfermedades profesionales que pueden causar en el trabajador una determinada actividad.

Hay que destacar la importancia de la prevención de las enfermedades profesionales, analizando las particularidades de las mismas.

2. METODOLOGIA

Para la realización del presente trabajo se ha adoptado como punto de partida los textos legislativos relacionados con la materia de estudio, además del estudio pormenorizado de la jurisprudencia y la doctrina especializada.

Con el fin de obtener los objetivos en esta investigación en un primer momento se ha realizado un análisis histórico legal de la enfermedad profesional, y como en sus inicios la enfermedad profesional fue tratada como accidente de trabajo por el Tribunal Supremo en Sentencia de 17 junio 1903, ha sido imprescindible realizar un estudio en profundidad de todo la figura del accidente de trabajo, en sus diversas variables. Para ello se ha realizado una recopilación, revisión y análisis en profundidad de la Jurisprudencia, tanto del Tribunal Supremo como de los Tribunales Superiores de Justicia de las Comunidades Autónomas y, al mismo tiempo se ha complementado con la doctrina laboralista científica más autorizada. Por tanto, se realiza un estudio comparativo del accidente de trabajo y la enfermedad profesional, dado que ambas figuras gozan de la consideración de contingencias profesionales.

Además, a mayor abundamiento se ha abordado de forma pormenorizada la figura de las “enfermedades del trabajo”, en la medida que aparecen ubicadas en la protección del accidente de trabajo, pero, a la vez, al tratarse de enfermedades obligaba a abordarlas a fin de averiguar si las mismas pueden tener o no la protección que se otorga a las enfermedades profesionales. Precisamente, la jurisprudencia fue la primera en acuñar una nueva contingencia profesional, la enfermedad del trabajo de tal modo que ha sido necesario realizar un estudio de estas contingencias, sus privilegios, sus diferencias y las discusiones doctrinales en cuanto a la consideración de las

contingencias conjuntas, comunes y profesionales, o la consideración separada.

Por otro lado, como el concepto legal de enfermedad profesional remite a una lista, se ha analizado el RD 1299/2006 *que recoge* la lista española de enfermedades profesionales, comparándola con la lista de la Recomendación número 194 la Organización Internacional de Trabajo de 2002 y la lista de enfermedades profesionales recogida en la Recomendación número 670 de la Unión Europea de 2003.

Se ha analizado en profundidad cada grupo del Anexo I de la lista del RD 1299/2003, valorando la interpretación jurisprudencial que realiza tanto el Tribunal Supremo como los Tribunales Superiores de Justicia, y las valoraciones y estadísticas aportadas por la Inspección de Trabajo y el Ministerio de Trabajo Migraciones y Seguridad Social. Y también se analiza el Anexo II, cuestionándose cuál es la finalidad de este segundo Anexo.

Se han examinado y clasificado las diferentes actividades que pueden causar enfermedades profesionales, tomando en consideración las estadísticas del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social donde aparece clasificado y desglosado por actividades, sexos las distintas manifestaciones de la enfermedad profesional.

3. ESTRUCTURA

Así, en cuanto a la estructura del presente trabajo se desglosa en once capítulos, siendo estos los siguientes:

En el capítulo I se resumen varias notas históricas destacables sobre los riesgos profesionales, el hombre siempre ha tenido que trabajar para sobrevivir, y el accidente de trabajo siempre ha estado unido a la ocupación laboral. En el

siglo IV antes de Cristo Hipócrates describió la intoxicación por exposición al plomo; en el año 1750 antes de Cristo el Código de Hammurabi en Babilonia es el primer documento legal de protección al establecer indemnizaciones por accidente de trabajo.

En España los Reyes Católicos al regular el trabajo infantil en el nuevo mundo es el primer intento de proteger a los trabajadores. Pero hasta la revolución industrial no hay una conciencia de los riesgos sociales, siguiendo el principio de liberalismo económico o no intervención en las relaciones laborales hasta 1875 que se constituye la Comisión de Reformas Sociales.

En el capítulo II se analiza la normativa, tanto a nivel internacional, destacando la lista de enfermedades profesionales de la Recomendación número 194 la Organización Internacional del Trabajo, como a nivel supranacional, la lista de enfermedades profesionales de la Recomendación Europea 670/2003. Normativa que concede un trato privilegiado a las contingencias profesionales frente contingencias comunes.

En el capítulo III se realiza un estudio de las contingencias profesionales, estableciendo los privilegios que gozan las mismas frente a las contingencias comunes; analizándose la cuestión planteada por la doctrina en cuanto a la consideración conjunta de las contingencias, como se establecía en la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963.

Por otra parte, se realiza un estudio, tanto doctrinal como jurisprudencial, de los riesgos profesionales, se ha vinculado la enfermedad profesional al accidente de trabajo, se ha identificado al mismo o se diferencian al no existir una identificación total entre accidente de trabajo y enfermedad profesional, pero destacando la jurisprudencia que la finalidad última de ambos es proteger al trabajador.

Se describen en este capítulo las particularidades de la protección de las contingencias profesionales frente a las contingencias comunes, analizándose en particular el recargo de prestaciones. De igual forma se estudian las especialidades en cuanto al acceso a las prestaciones cuando derivan de contingencias profesionales.

En el capítulo IV se realiza un estudio detallado del accidente de trabajo, porque a pesar de que el artículo 156 Ley General de la Seguridad Social lo define de manera amplia, como lo hizo la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900, en la práctica es una tarea complicada, motivo por el que la jurisprudencia ha realizado una interpretación amplia, distinguiendo entre accidente de trabajo en sentido propio y el accidente de trabajo impropio. El accidente de trabajo no comprende sólo la acción súbita o violenta también incluye el deterioro lento y progresivo.

Se analiza la ampliación legislativa del concepto de accidente de trabajo, destacando el accidente "in itinere", donde tanto la doctrina como la jurisprudencia señalan la concurrencia de cuatro elementos: teleológico, cronológico, topográfico y mecánico; o el accidente en misión.

En el capítulo V, ante el avance que se produce en la medicina se ha puesto de manifiesto que el trabajo puede ser causa de alteraciones de la salud, por lo que tanto la jurisprudencia como la doctrina ha buscado soluciones a estas alteraciones, así aparecen las enfermedades del trabajo, son las enfermedades causadas por el trabajo. En este capítulo se estudian estas enfermedades del trabajo, destacando que es la jurisprudencia del Tribunal Supremo quien produce una asimilación de las enfermedades del trabajo, enfermedades que tienen en común el trabajo y se encuadran como accidente de trabajo, se excluyen de la categoría de enfermedades profesionales dada la rigidez del artículo 157 Ley General de la Seguridad Social.

En este sentido, se analiza el artículo 156.2. e), f) y g) Ley General de la Seguridad Social, como expresa la doctrina, contiene una asimilación genérica y dos asimilaciones específicas, y el artículo 156.3 que establece una presunción general, se examinan los términos de tiempo y lugar de trabajo para proceder a la aplicación de la presunción de laboralidad, la jurisprudencia ha extendido el tiempo de trabajo a los descansos para el almuerzo, o el tiempo de estancia en los vestuarios.

Por último, se ha analizado algunas enfermedades del trabajo como las enfermedades musculoesqueléticas, las enfermedades cardiovasculares, realizando un estudio jurisprudencial en cuanto a la consideración o no como accidente de trabajo.

Cada vez se van adquiriendo mayor importancia los riesgos psicosociales y las enfermedades que derivan de los mismos, estas enfermedades no están reconocidas en el RD 1299/2006, a pesar de que en la Recomendación europea 2003/670/CE en el Anexo II describía los trastornos de carácter psicosocial en el trabajo. Igualmente destacar las enfermedades derivadas de riesgos emergentes como el Síndrome de Hipersensibilidad Química Múltiple o alergia universal y la electrosensibilidad.

En el capítulo VI se procede a delimitar el concepto de enfermedad profesional ante el problema que conllevan muchas patologías laborales que tienen su origen multicausal.

Se analiza el artículo 157 de la Ley General de la Seguridad Social que define la enfermedad profesional a partir de la concurrencia de tres elementos que son trabajo por cuenta ajena y asimilados, la formalización en una lista de sustancias y actividades peligrosas y una doble relación de causalidad entre trabajo, actividad y enfermedad.

La doctrina y la jurisprudencia examinan el concepto legal porque a pesar de que en principio parece sencillo, en la práctica puede resultar complicado separar las enfermedades profesionales de las enfermedades laborales que el legislador concibe como accidente de trabajo.

Dado el concepto que el concepto legal de enfermedad profesional remite a una lista oficial, en el capítulo VII se analiza el RD 1299/2006, de 10 de noviembre, las novedades que aparecen en la misma en relación con la anterior contenida en el RD 1995/1975, destacando la existencia de una doble lista, como la Recomendación europea 2003/670/CE.

Se analiza en particular cada uno de los seis grupos que componen el Anexo I argumentado por jurisprudencia y la lista del Anexo II.

El RD 1299/2006 además de establecer una nueva lista de enfermedades profesionales incorpora un sistema telemático de notificación y registro, la Orden TAS 1/2007 establece el procedimiento del nuevo parte y la transmisión por medios telemático por medio de la aplicación informática CEPROSS. Se amplía la comunicación de patologías que no son traumáticas causadas por el trabajo mediante la aplicación PANOTRASS, es una base de datos para recoger las enfermedades que no están incluidas en la lista de enfermedades profesionales.

Partiendo de cada grupo de la lista del Anexo I se ha confeccionado una clasificación de las diferentes actividades que pueden causar enfermedades profesionales.

En el capítulo VIII se aborda la prevención de la enfermedad profesional, donde el empresario debe adoptar un nivel máximo de seguridad.

La prevención tampoco puede olvidar que el ordenamiento jurídico español distingue entre enfermedades profesionales y enfermedades del

trabajo, y que la Ley General de la Seguridad Social establece una serie de medidas preventivas que son específicas de las enfermedades profesionales, como son los periodos de observación o los reconocimientos médicos.

La política de prevención está supeditada a la normativa internacional, a los convenios ratificados por España y a la normativa supranacional. Y en la normativa nacional destaca la Constitución Española, Ley de Prevención de Riesgos Laborales, la Ley General de la Seguridad Social y el Estatuto de los Trabajadores.

Se analiza el deber de seguridad, describiendo las previsiones concretas de la enfermedad profesional, distinguiendo la evaluación de riesgos específicos químicos, físicos, biológicos y cancerígenos.

Se destaca la importancia que tiene la vigilancia de la salud en la enfermedad profesional, por lo que se analizan en profundidad, acompañado de jurisprudencia, los reconocimientos médicos, siempre respetando los derechos fundamentales de los trabajadores.

Se valora la prevención de los riesgos emergentes como son los riesgos psicológicos, así como la posibilidad de que las adicciones en el mundo laboral, consumo de alcohol y drogas, se promociónen desde el punto de vista preventivo.

La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020 señala que según las estadísticas hay que promover la prevención antes que la rehabilitación o abandono del puesto de trabajo por motivos de salud.

En el capítulo IX se estudia la colaboración en la gestión de la Seguridad Social, en concreto en la enfermedad profesional, que realizan las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social en la protección de las contingencia profesionales: la prevención, la calificación, cuestión nada pacífica de

determinar si es competencia de las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social o el Instituto Nacional de la Seguridad Social y el pago de las prestaciones derivadas de enfermedad profesional.

A partir de la Ley 51/2007 por la que se modifica al alcance de las responsabilidades en el pago de las Mutuas, pero como la enfermedad profesional es un proceso lento y los procesos de incapacidad o fallecimiento del trabajador pueden manifestarse en momentos muy lejanos al origen de la enfermedad profesional, surge el problema en determinar qué entidad debe asumir la responsabilidad por las pensiones derivadas de la enfermedad profesional, siendo la jurisprudencia del tribunal supremo la que ha proporcionado la solución.

En el capítulo X se recogen las responsabilidades que pueden derivar del desarrollo de la enfermedad profesional, la obligación de reparar las consecuencias de un incumplimiento derivado de una falta, delito o causa legal, analizándose los sujetos responsables y las posibles sanciones, e indemnizaciones.

En el capítulo XI se aborda la importancia de la negociación colectiva en la ordenación de las relaciones de trabajo, en virtud del ejercicio la autonomía colectiva las partes están facultadas para regular el régimen jurídico aplicable a las lesiones que se produzcan en el trabajo. En este capítulo se analizan las materias que se regulan en la negociación colectiva, sobre todo el derecho a la salud. Pero salvo algunas excepciones no se avanza demasiado, limitándose a reglas en los convenios colectivos meros compromisos convencionales o funciones informativas. No obstante, hay relación entre implicación de las empresas y trabajadores y niveles de seguridad y salud en las empresas, cuando más se implican mejores condiciones de trabajo, por lo que habría que favorecer el papel de los interlocutores sociales, demostrar que la negociación

colectiva puede ser una buena opción para solucionar conflictos de manera rápida.

CAPITULO I

NOTAS HISTORICAS SOBRE RIESGOS PROFESIONALES.

1. Algunos apuntes históricos sobre riesgos profesionales.

Desde sus orígenes el hombre ha tenido que trabajar para sobrevivir, y el accidente de trabajo siempre ha acompañado a la misma ocupación laboral, como expresa la historiadora QUILEZ PARDO¹⁶, motivo por el que resulta evidente que ha supuesto un problema desde épocas antiguas de la historia, apareciendo diferentes respuestas según la era y el tipo de sociedad. La preocupación por los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales proporcionó diferentes actuaciones con carácter preventivo o curativo, que han evolucionado desde los primeros amuletos o rituales que utilizaban las sociedades primitivas hasta la respuesta con base científica iniciada a partir del siglo XVI, hasta conseguir la plena madurez en el siglo XIX. En relación a las medidas de tipo normativo, legislativo o institucional relacionadas con la protección y seguridad laboral han sido escasas y muy puntuales en el tiempo, se podría considerar que el Código de Hammurabi¹⁷, del año 1750 antes de Cristo, durante el reino de Hammurabi en Babilonia, es el primer documento legal de protección porque establecía indemnizaciones por accidentes de trabajo, y la creación de tribunales para resolver las demandas que se generaban en estos temas.

La manera de trabajar del hombre anterior al siglo XX se ha caracterizado por la extrema dureza del trabajo, ya fuera campesino, esclavo, estibador o artesano. Las agresivas condiciones laborales quebraban sin

¹⁶ QUILEZ PARDO, A.M.: "Perspectiva Histórica. Del accidente de trabajo a la salud laboral" en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit., pág. 315.

¹⁷ QUILEZ PARDO, A.M.: "Perspectiva Histórica. Del accidente de trabajo a la salud laboral" en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit., pág. 315.

remedio la salud del individuo, bien por accidente de trabajo bien por enfermedad profesional, sin que nadie pensara que aquello se podía evitar. Hubo algún intento excepcional de protección para determinados trabajadores especialmente sensibles, como la norma promulgada por los Reyes Católicos, según describe AGUADO DIAZ¹⁸, regulando de alguna manera el trabajo infantil en el nuevo mundo. Fuera de este valioso intento, no se encuentran leyes, normas o acuerdos significativos que buscasen una mejora de condiciones de trabajo o una mínima protección del trabajador hasta el siglo XX. El hombre, ha trabajado durante la mayor parte de su historia con enorme sufrimiento, viendo como menguaba su condición física con el paso de los años, bien hasta la muerte o hasta la incapacidad, y si se producía esta última no había más opciones que o vivir de su familia o la mendicidad, pues no había ninguna responsabilidad legal del empleador en relación a la enfermedad o al accidente relacionados con el trabajo.

Por otra parte, en la historia de la Medicina encontramos pocos testimonios de lo que hoy conocemos como enfermedades profesionales. En el siglo IV antes de Cristo, como expresa AGUADO DIAZ¹⁹, Hipócrates describió la intoxicación por exposición al plomo, y no encontramos más referencias hasta el siglo XVI que Paracelso describió las enfermedades de los mineros. En el siglo XVIII, como expresa QUILEZ PARDO²⁰, Bernardino Ramazzini, precursor de la Medicina del Trabajo, publicó el “Tratado de las enfermedades de los artesanos”, en él se analizan y describen con detalle las enfermedades que afectaban a los artesanos y se relacionan claramente con el desempeño

¹⁸ AGUADO DIAZ, J.: “Nuevo cuadro de enfermedades profesionales: una deuda histórica”, en AA.VV., *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 72.

¹⁹ AGUADO DIAZ, J.: “Nuevo cuadro de enfermedades profesionales: una deuda histórica”, en AA.VV., *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 71.

²⁰ QUILEZ PARDO, A.M.: “Perspectiva Histórica. Del accidente de trabajo a la salud laboral”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit., pág. 317.

de su trabajo. En este Tratado se distingue y diferencia a las enfermedades que se han causado como consecuencia del trabajo, considerando que el mejor cauce para proteger la salud de los trabajadores es la ley. Se puede decir que este tratado es el primer cuadro de enfermedades profesionales conocido. El francés Villermé²¹, que después de estudiar el estado físico de los obreros franceses y las cifras de mortalidad por accidente de trabajo y enfermedad profesional llegó a la conclusión que la insalubridad de los locales de trabajo no era causa suficiente para explicar las enfermedades que estaban fundamentalmente producidas, como expresa LOPEZ PIÑERO²² por el excesivo trabajo, sin descanso, comidas de mala calidad, embriaguez, y todo ello era consecuencia de unos salarios que no llegaban para cubrir mínimamente sus necesidades más básicas.

Es evidente que a lo largo de la historia han existido riesgos que han tenido una incidencia general, pero la conciencia de carácter social del mismo, y por tanto la consiguiente necesidad de afrontarlos colectivamente, no surge hasta la instauración de un modelo de producción capitalista, en el proceso histórico de la Revolución Industrial, la Revolución Burguesa, y sucede porque las clases sociales más necesitadas no pueden hacer frente a los riesgos, estos riesgos pasan a ser considerados como un producto del propio sistema, considerando que debe ser el Estado, como expresa QUILEZ PARDO²³, quien debe proporcionar la solución, y es a partir de este momento cuando empieza a calificarse a estos riesgos sociales.

²¹ Louis Rene Villermé (1782-1863), prestigioso doctor francés que si bien en un primer momento dedicó su actividad profesional a la práctica clínica, pero después se volcó a la economía, escribiendo sobre temas sociales, enfocados en conocer como las condiciones sociales en las fábricas afectaban a la salud de los obreros, obreros que en muchos casos eran niños no mayores de 8 años. louis+rené+villermé+biografia&rlz=1C1GGRV_enES748ES748&oq=Louis+Rene+Villermé&aqs=chrome.3.69i57j69i59j0l4.3086j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8

²² LOPEZ PIÑERO, J.M.: *Breve historia de la medicina*. Madrid, 2000. Editorial Alianza Editorial. pág. 194.

²³ QUILEZ PARDO, A.M.: "Perspectiva Histórica. Del accidente de trabajo a la salud laboral", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit., pág. 317.

Siendo Inglaterra el primer lugar donde se manifiesta la revolución industrial, también es el primer lugar donde se observaron las malas condiciones, tanto de vida como de trabajo, y acompañando a estas condiciones se produce también un aumento de mortalidad, accidentes y miseria.

En 1784 Manchester padeció una epidemia de fiebre en las fábricas de hilados de algodón, como expresa QUILEZ PARDO²⁴, y a consecuencia de la cual, se pone de manifiesto por un lado la explotación a la que estaban sometidos los niños, por lo que se pretende estimular al gobierno para que tomase alguna medida legal de seguridad para proteger a los menores y deriva también de la epidemia que diez años más tarde se crea la Cámara de la Salud en Manchester, aprobándose en 1802 la Ley relativa a la salud y la moral de los aprendices, en esta ley se estipulaba un máximo de 12 horas de diarias en los molinos de lana y algodón, mejorando las condiciones de higiene y se prohibía el trabajo a los menores de 9 años. Pero a pesar de las protestas y presiones de los trabajadores hasta 1833 no aparece normativa alguna, siendo en este año, la Ley de fábrica, donde se regula ya de una manera más pormenorizada la jornada y las condiciones del trabajo infantil en las fábricas. Es importante destacar también, como expresa QUILEZ PARDO²⁵, por ser la primera, la Ley de Minas publicada en 1841, destacando que se establecían compensaciones económicas a los trabajadores por las lesiones que sufrían generadas por las máquinas, también se creó la inspección de minas, y no se permitía el trabajar en el subsuelo de las minas a las mujeres y niños. Era sobre todo la beneficencia, donde predomina la idea de caridad, la mutualidad, la idea de solidaridad y los seguros privados son quienes se encargan de

²⁴ QUILEZ PARDO, A.M.: "Perspectiva Histórica. Del accidente de trabajo a la salud laboral," en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit., pág. 318.

²⁵ QUILEZ PARDO, A.M.: "Perspectiva histórica. Del accidente de trabajo a la salud laboral", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. págs. 318-319.

reparar las necesidades ocasionadas por los riesgos, pero con la Revolución Industrial y la aparición de los riesgos sociales estos sistemas se consideran insuficientes, por cuanto la mano de obra está sometida a durísimas condiciones de trabajo, jornadas de hasta dieciséis horas con utilización de mano de obra de menores, accidentes de trabajo. El Estado burgués hasta las últimas décadas del siglo XIX no quiere saber nada de las consecuencias que van surgiendo con la Revolución Industrial²⁶. La primera intervención social del Estado la encontramos en el artículo 21²⁷ de la Constitución Francesa de 1791.

Con posterioridad a Inglaterra y Francia se produjo la industrialización en Alemania, y en este país fue acompañada del desarrollo del socialismo, del desarrollo de su organización política y de la unificación nacional. Un año después de la unificación, en 1872, el Canciller Bismark consiguió situarse al frente de la legislación social en Europa, constituyendo la “Asociación para la política Social”, y promoviendo los socialistas de cátedra²⁸, los políticos sociales de centro y el movimiento social cristiano las leyes que configuraron el primer sistema moderno de la seguridad social. Así se publicó en 1883 la Ley del seguro obligatorio de enfermedad, en 1884 la Ley de accidente de trabajo, en 1889 la Ley del seguro de vejez e invalidez. El estado ya no actúa de beneficencia y asume una actividad de protección social.

²⁶ ALARCON CARACUEL, M.R. y GONZALEZ ORTEGA S.: *Compendio de Seguridad Social*. Madrid, 1991. Editorial Tecnos. 4ª edición. págs. 15-18

²⁷ “*El Estado adeuda a cada hombre los medios para su mantenimiento, sea mediante la propiedad, sea mediante el trabajo, sea mediante la ayuda a sus conciudadanos*”

²⁸ Socialistas de Cátedra, donde la figura ejemplar fue Gustav Schmoller, es la denominación que irónicamente se aplica a un grupo de profesores y políticos alemanes representantes de la escuela ético-social de la 2ª mitad del siglo XIX. Los Socialistas de Cátedra colaboraron en la elaboración de un nuevo Estado sobre las bases antiliberales, el Estado Social, abogaban para que se promulgasen leyes sociales, reclamaban que se investigase y se realizasen encuestas sobre las cuestiones sociales, y las respuestas a las cuestiones sociales se convierte en una serie de reformas sociales planteadas por el Estado social, a partir de las informaciones que proporciona la sociología. Favorecieron un cambio social de una trascendencia considerable, pues sus propuestas contribuyeron a abrir el camino del nacimiento del Estado Social democrático. Vid: ALEMAN BRACHO, C.: *Políticas Sociales*, Pamplona 2009. Editorial Civitas.

El sistema alemán fue seguido por la mayoría de los países europeos, si bien adaptándolo a las condiciones de cada país, y considerando que era competencia del Estado regular las condiciones de trabajo en las fábricas y factorías, estableciendo ya limitaciones a la jornada laboral, la prevención de riesgos laborales y la higiene en el trabajo²⁹.

En cuanto a la referencia histórica sobre riesgos profesionales en el ordenamiento jurídico español destacar que el desarrollo industrial español se inicia en la segunda mitad del siglo XIX alrededor de la industria textil, minas, ferrocarril y banca, aumentando la inversión extranjera, como expresa QUILEZ PARDO³⁰, lo que supuso el impulso de la industria minera de hulla³¹ y el hierro de la cuenca asturiana y la industria siderúrgica con la creación de altos hornos de Vizcaya. Esto permite determinar el carácter periférico de la industria moderna, localizar a la burguesía española y establecer el mapa de los trabajadores de fábricas y minería española, que pronto llevaran a intentar organizarse para hacer frente a sus necesidades o carencias, y desde el primer momento jugara un papel importante el problema que genera el accidente laboral para el obrero que lo padece y la familia que depende de él.

El Estado seguía el principio de liberalismo económico, por lo que no intervenía en las relaciones laborales por lo que no cumplirá en esta primera fase, si bien a finales del siglo XIX se inicia un debate entre intelectuales y políticos, que finalizaría en un programa de intervencionismo estatal en asuntos sociales. Tanto políticos conservadores como liberales, con responsabilidad en el gobierno, (Maura, Canalejas o Dato) fueron protagonistas en la promoción de reformas socio-laborales, según expresa QUILEZ

²⁹ MARTINEZ PEÑAS, L. (2011): "Los inicios de la legislación laboral española: La Ley Benot", *Revista Aequitas*, Vol. 1, Madrid, págs. 25-70.

³⁰ QUILEZ PARDO, A.M.: "Perspectiva histórica. Del accidente de trabajo a la salud laboral", en AA.VV. (Dir. PEREZ ALONSO, M.A), *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob. cit., pág. 322.

³¹ Vid., MARTINEZ BARROSO, M.R.: "El régimen especial de la minería del carbón", en AA.VV. *Tratado de Derecho de la Seguridad Social*. Tomo II. Murcia 2017. Editorial Laborum.

PARDO³², como la del inicio de la seguridad social, la legislación que limita la jornada laboral, el descanso dominical.

El último tercio del siglo XIX y principios del siglo XX está vigente, desde 1875, la Restauración Borbónica, se constituyó la Comisión de Reformas Sociales³³.

Las primeras medidas reformistas se dirigen a paliar los efectos negativos sobre el trabajador de fábrica o el minero, la primera legislación social es de carácter laboral, como expresa QUILEZ PARDO³⁴, y hay que destacar que una de las primeras leyes de trabajo va dirigida a la protección del trabajador ante un accidente laboral, debido a que su desprotección generaba indigencia y hambre, vías que servían para generar situaciones de conflicto.

Así se publica la primera Ley de Accidentes de Trabajo el 31 de enero de 1900, como expresa AGUADO DIAZ³⁵, conocida como Ley Dato, que marca por primera vez en nuestro país la responsabilidad objetiva del empresario para con el trabajador en caso de accidente de trabajo. Y, para asegurar su cumplimiento, como expresa QUILEZ PARDO³⁶, se creó primero la Inspección de Trabajo por Real Decreto de 1 de marzo 1906, y en 1908 el Instituto Nacional de Previsión, así como fue necesaria la creación de una Caja Nacional del Seguro de Accidentes de Trabajo, de iniciativa y gestión pública,

³² QUILEZ PARDO, A.M.: "Perspectiva histórica. Del accidente de trabajo a la salud laboral", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 324.

³³ La Comisión de Reformas Sociales fue un órgano gubernamental de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, cuya finalidad consistía en estudiar las condiciones de vida y trabajo de la clase obrera y proponer reformas de carácter legislativo; en 1903 fue sustituido por el Instituto de Reformas Sociales. https://es.wikipedia.org/wiki/Comisi%C3%B3n_de_Reformas_Sociales

³⁴ QUILEZ PARDO, A.M.: "Perspectiva histórica. Del accidente de trabajo a la salud laboral", en AA.VV. (Dir. PEREZ ALONSO, M.A.), *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob. cit. pág. 329.

³⁵ AGUADO DIAZ, J.: "Nuevo cuadro de enfermedades profesionales: una deuda histórica", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 72.

³⁶ QUILEZ PARDO, A.M.: "Perspectiva histórica. Del accidente de trabajo a la salud laboral", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit., pág. 330.

para garantizar el pago de las indemnizaciones cuando el empresario resultara insolvente.

Por otra parte, en la celebración en 1922 del primer Congreso Nacional de Accidentes de Trabajo, se observa la necesidad de profesionales sanitarios, por lo que se constituye una nueva especialidad médica: la medicina de accidentes. Siendo en la Segunda Republica, como expresa QUILEZ PARDO³⁷, donde salió adelante la Ley de Enfermedades Profesionales de 13 de julio 1936, que no llegó a aplicarse debido a la guerra civil.

³⁷ QUILEZ PARDO, A.M.: “Perspectiva histórica. Del accidente de trabajo a la salud laboral”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit., pág. 333.

CAPITULO II

LA ENFERMEDAD PROFESIONAL EN LAS NORMAS INTERNACIONALES

El primer riesgo social que se protegió históricamente fue el accidente de trabajo y junto a él la enfermedad profesional. Tanto en la Unión Europea, según expresa ALFONSO MELLADO³⁸, donde existe una fuerte preocupación y reconocimiento de la obligación empresarial de seguridad y salud laboral, como a nivel internacional, según GONZALEZ MARTINEZ³⁹, por lo que se les concede un trato privilegiado a estas contingencias frente a las comunes.

A nivel internacional la Organización Internacional del Trabajo (en adelante OIT), de entre los sistemas posibles, recomienda el sistema mixto, pues deja abierta la posibilidad de probar el nexo causal entre el trabajo y la enfermedad, considerándose en tal caso la patología como enfermedad profesional, pese a no encontrarse contemplada en la lista de dichas enfermedades según criterio de la doctrina como BLASCO LAHOZ⁴⁰.

La Unión Europea aconseja ampliar los efectos protectores de los sistemas de presunción legal o de lista, como expresa BLASCO LAHOZ⁴¹, abriendo un derecho más allá de la lista pero a diferencia de la OIT no deja abierto la abertura judicial.

³⁸ ALONSO MELLADO, C.L.: "Indemnizaciones derivadas de la responsabilidad empresarial por accidente de trabajo. Problemas esenciales"

³⁹ GONZALEZ MARTINEZ, J.A., *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*. Pamplona 2017. Editorial Aranzadi, pág. 86.

⁴⁰ BLASCO LAHOZ, J.F., LOPEZ GANDIA, J. Y MOMPALER CARRASCO, M.A. Curso de Seguridad Social I. Parte general, ed. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2008, 2ª edición, pág. 321.

⁴¹ BLASCO LAHOZ, J.F.: *Enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 33. Vid. BLASCO LA HOZ, J.F., LOPEZ GANDIA, J. Y MOMPALER CARRASCO, M.A. Curso de Seguridad Social I. Parte general. Valencia 2008, 2ª edición. Editorial Tirant Lo Blanch, pág. 301; LOPEZ GANDIA, J. y AGUDO DIAZ, J.: *Nueva regulación de las enfermedades* ob.cit., pág. 17.

2.1. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO

El primordial cometido de la Organización Internacional del Trabajo consiste, como expresa GONZALEZ MARTINEZ⁴², en elaborar normas internacionales sobre el trabajo, mediante convenios y recomendaciones, en las cuales se establecen las condiciones mínimas de protección en la ejecución del trabajo velando por la aplicación de la normativa.

En materia de protección de la enfermedad profesional, en la OIT son diversos los medios que han proporcionado encauzar el planteamiento de las políticas, como señala RODRIGUEZ SANTOS⁴³, en la ejecución de las maniobras y en los programas de los diferentes Estados. De manera especial los convenios han contribuido, en la normativa de la mayoría de los países, en la materia de Seguridad Social, y principalmente en todo lo relacionado en la protección de los riesgos profesionales; no obstante, también se han desarrollado herramientas prácticas para asegurar los sistemas de prevención de riesgos.

Los derechos laborales han sufrido un deterioro como consecuencia de la actual globalización, que según GIL GIL⁴⁴, se ha intensificado en los últimos tiempos. La globalización se caracteriza por la difusión de las nuevas tecnologías, ideas y capitales, intercambio de bienes y servicios, la internacionalización del mundo de los negocios y sus procesos, y una mayor circulación de trabajadores. La globalización para los trabajadores puede estar provocando nuevas enfermedades profesionales o del trabajo, tal y como

⁴² GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*. ob.cit., pág. 86.

⁴³ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 102.

⁴⁴ GIL GIL, J.L.: "Globalización y empleo: propuestas de la OIT para un desarrollo sostenible" en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 11-2014. BIB 2014/118; PEREZ ALONSO, M.A.: "La globalización una realidad diferente", en *Direito e justicia*, núm. IV-2017, págs. 293 y ss.

manifiesta PEREZ ALONSO⁴⁵, por la exposición continua a los campos electromagnéticos cuando se expanda de forma considerable lo que se denomina realidad virtual. Debido a la globalización, y el deterioro de los derechos laborales, la OIT adquiere más protagonismo, al convertirse en el organismo que por tradición histórica y su buen hacer, según describe SAN MARTIN RODRIGUEZ⁴⁶, señala a los gobiernos la necesidad de dar primacía en el cumplimiento de las normas, principios y derechos fundamentales en el Trabajo. Actualmente, la globalización, como expresa PEREZ ALONSO⁴⁷ plantea nuevos retos en el ámbito de la relación laboral, en el Derecho del Trabajo se producen considerables transformaciones.

La OIT ha dispuesto diversos mecanismos dirigidos a proteger las enfermedades profesionales, y orientados a influir en las políticas tácticas de los programas nacionales. Han sido fundamentalmente los convenios los que han influido en las normativas de casi todos los países en el ámbito de la Seguridad Social y sobre todo en la protección de los riesgos profesionales.

El mismo año 1919, en el que se creó la OIT ya se reconoció el carácter profesional de algunas enfermedades, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁴⁸,

⁴⁵PEREZ ALONSO, M.A.: “Un riesgo para la salud de los trabajadores: campos electromagnéticos, electrosensibilidad”, en *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, núm. 9-2016, pág. 75 y ss.

⁴⁶ SAN MARTIN RODRIGUEZ, J., “Introducción: La Organización Internacional del Trabajo y los Derechos Sociales” en *Convenios de la OIT ratificados por España*. (Colección la Tribuna del Derecho). Editorial Laocoonte, Pamplona 2009, pág. 13.

⁴⁷ PEREZ ALONSO, M.A.: “La nueva realidad laboral y empresarial. Los nuevos prestadores de servicios y las nuevas tecnologías, robotización, digitalización, inteligencia artificial”, en *Revista Internacional Consinter de Direito*, núm. VI-2018, pág. 141 y ss. Vid más bibliografía sobre este tema: AA.VV.: *Nuevos retos del Derecho del trabajo cambios en la organización productiva y nuevos criterios jurisprudenciales*. (Coordinador CALVO CALMACHE, A.) Barcelona 2018. Editorial Huygens Editorial; AA.VV.: *España y la OIT, 100 años de dialogo en un mundo cambiante*, (Dir. GIL y GIL J.L.) Biblioteca del Ministerio Social. Universidad de Alcalá 2017. Ediciones Cinca; AA.VV.: *Robótica y su impacto en los recursos humanos y en el marco regulatorio de las relaciones laborales*. Instituto internacional cuatrecasas de estrategia legal en recursos humanos. 2018. Editorial La Ley.

⁴⁸RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 102.

como el ántrax, y la necesidad de unificar criterios para indemnizar las contingencias profesionales a nivel internacional.

La fuente más importante del Derecho Internacional es la actividad normativa de la OIT, por lo que para obtener sus fines la OIT ha venido elaborando tanto convenios como recomendaciones, siendo los primeros la fuente formal más importante en materia social del Derecho Internacional.

2.1.1. Convenio número 12 de la OIT del año 1921.

Convenio relativo a la indemnización por accidentes de trabajo en la agricultura, se adopta en la 3ª reunión en Ginebra el 12 de noviembre 1921, entró en vigor el 26 de febrero 1923. En el artículo 1 establece “todo miembro de la OIT que lo ratifique se obliga a extender a todos los asalariados agrícolas el beneficio de las leyes y reglamentos que tengan por objeto indemnizar a las víctimas de accidentes sobrevenidos a causa del trabajo o durante la ejecución del mismo”, este convenio fue ratificado por España el 9 de un mayo 1931.

Desde el nacimiento de los seguros sociales apareció también un Derecho Internacional de la Seguridad Social para potenciar el desarrollo de la emigración, según expresa LOPEZ GANDIA⁴⁹, siendo este convenio número 12 uno de los más importantes en esta materia.

2.1.2. Convenio número 18 y Convenio número 19 de la OIT del año 1925.

En el mismo año, 1925, y en la misma reunión de la Conferencia General de la Organización, la 7ª, se adoptan el convenio número 18 y el número 19.

⁴⁹ LOPEZ GANDIA, J.: “Formación histórica de la Seguridad Social: Conceptos y Técnicas. La Seguridad Social en España. El modelo constitucional de Seguridad Social. Las fuentes de la Seguridad Social”, en AA.VV. (LOPEZ GANDIA J. y BLASCO LAHOZ, J.F.): *Curso de Seguridad Social*. Valencia 2014. Editorial Tirant lo Blanch, págs. 59-60.

El convenio número 19 de 5 de junio de 1925, fue ratificado por España el 24 de mayo 1928. Éste convenio se refiere a la igualdad de trato entre los trabajadores extranjeros y nacionales en materia de indemnización por accidentes de trabajo.

El 10 de junio de 1925 se adopta el convenio número 18 de la OIT sobre indemnización de enfermedades profesionales. Este convenio fue ratificado por España el 29 septiembre 1932, señalando la lista de enfermedades y sustancias tóxicas (Plomo, sus aleaciones o sus compuestos; mercurio, sus amalgamas y sus compuestos, e infección carbuncosa), y la lista de las operaciones, industrias o profesiones correspondientes. Como establece GOMEZ-MILLAN HERENCIA⁵⁰ en este convenio se regulaba una lista de enfermedades profesionales con la finalidad de promover a los Estados miembros que se garantizase las indemnizaciones cuando se actualice el riesgo laboral.

La elaboración de la primera lista de enfermedades profesionales quedaba justificada su utilidad, según expresa RODRIGUEZ SANTOS⁵¹, porque ante la dificultad de probar que una enfermedad estaba producida de manera directa por una determinada actividad laboral del trabajador, por tanto si estaban registradas estas dolencias, permitía considerarlas como enfermedad profesional de forma automática cuando la patología era diagnosticada en este sentido.

Por otra parte, el convenio número 18 de la OIT, copiaba el planteamiento de la lista el modelo epidemiológico unicasal de desarrollo de enfermedades, el cuadro de éste convenio solo recogía tres enfermedades, como señala

⁵⁰ GOMEZ-MILLAN HERENCIA, M.J.: "Marco normativo de las enfermedades profesionales" en AA.VV. en *Las enfermedades profesionales*. ob.cit., pág. 60.

⁵¹ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 102.

RODRIGUEZ SANTOS⁵², las causadas por el plomo, el mercurio y el carbunco, pero exigía una doble comprobación para poder obtener la indemnización, la de la patología y la de la actividad profesional correspondiente.

2.1.3 Convenio número 42 de la OIT del año 1934.

El 21 de junio 1934 se aprueba el convenio número 42 de la OIT, relativo a la enfermedad profesional, ratificado por España el 12 de mayo 1958. En este convenio 42 se establece la indemnización por enfermedad profesional. Este convenio amplía a diez grupos la lista del convenio número 18, refiriéndose la ampliación a los siguientes extremos: a la silicosis con o sin tuberculosis pulmonar, siempre que la silicosis sea una causa determinante de incapacidad o muerte, al fósforo o sus compuestos, al arsénico o sus compuestos, al benceno o sus homólogos, sus derivados nitrosos y amónicos, los derivados halógenos de los hidrocarburos grasos, a los trastornos patológicos debidos al radio y otras sustancias radiactivas y a los Rayos X, y a los epitelomas primitivos de la piel, por la que se obliga a la garantía de las víctimas de enfermedades profesionales o a sus derechohabientes de una indemnización basada en los principios generales de la legislación sobre indemnización por accidente de trabajo, de modo que la tasa de aquella no sea inferior a la establecida por la legislación nacional de que se trata por el daño resultante de los accidentes de trabajo, sin perjuicio de la libertad de cada Estado miembro de adoptar las modificaciones y adaptaciones que estime oportunas.

Este convenio mantuvo la estructura del cuadro anterior del convenio 18, donde había dos bloques diferenciados, como describe RODRIGUEZ

⁵² RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 102.

SANTOS⁵³, en los cuales se enumeraban las enfermedades y las sustancias tóxicas, y se relacionaban las industrias y profesiones en las que se contraían dichas dolencias.

2.1.4 Convenio número 102 de la OIT del año 1952.

El 28 de junio de 1952 la OIT aprueba el Convenio número 102, este Convenio es una norma de mínimos de Seguridad Social que establece un umbral de requisitos por debajo del cual el Estado firmante incumple sus obligaciones, aunque no impone métodos ni fines que alcanzar, pues si se superan estos límites los Estados pueden operar en plena libertad⁵⁴. No realiza una definición de la enfermedad profesional, pero establece las contingencias que están cubiertas. El artículo 32 del Convenio 102 de la OIT dice: “Las contingencias cubiertas deberán comprender las siguientes, cuando sean ocasionadas por un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, prescritos: estado mórbido; incapacidad para trabajar que resulte de un estado mórbido y entrañe la suspensión de ganancias, según la defina la legislación nacional; pérdida total de la capacidad para ganar o pérdida parcial que exceda de un grado prescrito, cuando sea probable que dicha pérdida total o parcial sea permanente, o disminución correspondiente de las facultades físicas; y pérdida de medios de existencia sufrida por la viuda o los hijos como consecuencia de la muerte del sostén de familia; en el caso de la viuda, el derecho a las prestaciones puede quedar condicionado a la presunción, conforme a la legislación nacional, de que es incapaz de subvenir a sus propias

⁵³ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 102.

⁵⁴ OJEDA AVILES, A. y GARCIA DE CORTÁZAR Y NEBREDA, C.:” La regulación internacional y europea de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales”. AA.VV. (Dir. MONEREO PEREZ, J.L., MOLINA NAVARRETE, C. y MORENO VIDA, M.N.) en *Tratado práctico a la legislación reguladora de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Régimen jurídico de la prevención, aseguramiento, gestión y responsabilidad*. Granada 2005 .Editorial Comares, pág. 36.

necesidades”. Y, así, se estableció que el Estado debía garantizar a las personas protegidas, como expresa GONZALEZ MARTINEZ⁵⁵, la concesión de prestaciones en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional conforme al artículo 33 donde se establece: “Las personas protegidas deberán comprender: a) las categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados y, para las prestaciones a que da derecho la muerte del sostén de familia, también a las cónyuges y a los hijos de los asalariados de esas categorías; o b) cuando se haya formulado una declaración en virtud del artículo 3, a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados que trabajen en empresas industriales en las que estén empleadas, como mínimo, veinte personas, y, para las prestaciones a que da derecho la muerte del sostén de familia, también a los cónyuges y a los hijos de los asalariados de esas categorías”.

Los convenios de la OIT y en concreto el convenio número 102 en opinión de GONZALEZ MARTINEZ⁵⁶, son considerados los principales instrumentos para el cumplimiento del derecho a la Seguridad Social, estableciendo las obligaciones de los Estados para la puesta en práctica de regímenes de la Seguridad Social.

Este convenio es el resultado de un esfuerzo de dimensiones considerables de solidaridad, como dice OJEDA AVILES y GARCIA DE

⁵⁵ GONZALEZ MARTINEZ, J.A. *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*. ob.cit., pág. 93; BLASCO LAHOZ, J.F.: *Enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 26; en este sentido Documentos de Política de Seguridad Social, OIT, Ginebra, 2008 *Establecimiento de normas de Seguridad Social en una sociedad global*; GOHERLICH PESET, J.M.: “El derecho de la Seguridad Social”, en *Derecho de la Seguridad Social* AA.VV. (Directores ROQUETA BUJ, R. y GRACIA ORTEGA, J.) Valencia 2016 5ª Edición. Editorial Tirant lo Blanch.

⁵⁶ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit., pág. 94; OTTING, A.: “Las normas internacionales del trabajo, marco de referencia de la Seguridad Social” en *Revista Internacional del trabajo*. Volumen 112, núm. 3 .1993.págs 334 y ss.

CORTÁZAR y NEBREDA⁵⁷, consecuencia de la situación apenada que se encuentra el mundo tras la segunda gran guerra, y basándose la comisión redactora en las teorías cartesianas de Beveridge⁵⁸, es la primera vez que hay una visión de conjunto de las contingencias y el objetivo de cuantificar las prestaciones en relación a los sueldos teniendo en cuenta un trabajador tipo, encontramos ya mejoras y mínimos de población asegurada. Se pretendía que fuera ratificado por el mayor número de países por lo que la OIT siguió un sistema doble, como nivel básico una norma mínima y una norma superior para los más avanzados, pero esta última nunca se aprobó.

La fundamentación de incluir los riesgos profesionales como contingencia esencial en la parte VI del Convenio⁵⁹, se basa en la importancia de la Seguridad Social y sobre todo en la influencia del modelo británico en la estructura del mismo, la Ley británica de 1946 a pesar de la propuesta de Beveridge, que organizaba las prestaciones con independencia del tipo de riesgo que las hubiere provocado, la Ley justificaba la consideración tenida a los riesgos profesionales en la atención a la cuantía de las prestaciones y de las cotizaciones respecto de las contingencias comunes⁶⁰. Por su parte, el convenio número 102 de la OIT es a nivel internacional el único mecanismo

⁵⁷ OJEDA AVILES, A. y GARCIA DE CORTÁZAR y NEBREDA, C. “La regulación internacional y europea de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales”, ob. cit. págs. 41-42; RODRIGUEZ RAMOS, M^a J.: “El convenio 102 de la OIT de norma mínima de la Seguridad Social” en *Revista de trabajo* núm. 98-1990, pág. 102

⁵⁸ RAMIREZ MARTINEZ, J. M. y GARCIA ORTEGA, J. “Derecho de la Seguridad Social” en *Curso básico de Derecho del Trabajo*. Valencia 2016. Editorial Tirant lo Blanch. pág. 325; GONZALEZ MARTINEZ, J.: en *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional* ob. cit. pág. 94. William Henry Beveridge, economista y político británico, (5 de marzo 1879- 16 de marzo 1963). Pionero en los modernos sistemas de la Seguridad Social. Trabajo en investigaciones centradas en problemas de desempleo y del estado del bien estar. En 1940 a instancias del gobierno británico publica el Primer Informe “*Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Service*”. En 1944 publica el llamado segundo Informe “*Beveridge Full Employment in a Free Society*”, al finalizar la guerra el gobierno laboralista escoge a William Beveridge para que elabore un informe que sirva para proponer un modelo de reconstrucción para el periodo de posguerra. <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/b/beveridge.htm>.

⁵⁹ Prestaciones en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional, artículos 31 a 38.

⁶⁰ OJEDA AVILES, A., GARCIA DE CORTÁZAR y NEBREDA, C.: “La regulación internacional y europea de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales”, ob. cit. págs. 42-43.

que basado en principios fundamentales de la Seguridad Social establece normas mínimas para las 9 contingencias, y que han sido aceptadas globalmente como básica: Asistencia médica, prestaciones monetarias de enfermedad, de desempleo, de vejez, prestaciones en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional, familiares, de maternidad, de invalidez y prestaciones de sobrevivientes. Los Estados miembros firmantes, como expresa OJEDA AVILES⁶¹, cumplían solo con ratificar 3 del total de las 9, pero siempre que una de las ratificadas fuera de riesgos profesionales, invalidez, muerte y supervivencia, desempleo o jubilación.

El Convenio reconoce entre las contingencias reconocidas las prestaciones en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional pero, como expresa GONZALEZ MARTINEZ⁶², esto no puede encuadrarse con el panorama unificado de las contingencias, pues en verdad los riesgos profesionales se sitúan en un momento temporal anterior.

2.1.5. Convenio número 121 del año 1964.

En la misma fecha, el 8 de julio 1964, se aprueban el Convenio 121 y la Recomendación 121, y en ambos se regulaban las prestaciones en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, se actualizaron los convenios y recomendaciones anteriores, como expresa GONZALEZ MARTINEZ⁶³, convirtiéndose en el referente, a nivel internacional, de la

⁶¹ OJEDA AVILES, A., "La convergencia europea en materia de Seguridad Social: los problemas de un Código internacional de prestaciones mínimas", en *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, núm. 84- 2009, pág. 18.

⁶² GONZALEZ MARTINEZ, J.A. *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*. ob. cit., pág. 93.

⁶³ GONZALEZ MARTINEZ, J.A. *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit., pág. 94.

protección de las contingencias profesionales. Este convenio, como expresa GOMEZ-MILLAN HERENCIA⁶⁴ no ha sido ratificado por el Estado español.

Cuando se adopta el Convenio número 121, según MORENO CALIZ⁶⁵, la visión del legislador es diferente a la que se tenía en el Convenio número 102 de la OIT, por cuanto integra en un único instrumento la protección de los riesgos profesionales, el accidente de trabajo y la enfermedad profesional. Han transcurrido más de treinta años desde el Convenio núm. 102 al Convenio núm. 121, y en este periodo la OIT ha desarrollado una averiguación intensa y detallada sobre la enfermedad profesional. Con este convenio se inicia, como expresa MORENO CALIZ⁶⁶, una etapa de regulación internacional conjunta, no separada de los riesgos profesionales.

El presente convenio número 121 de la OIT, de conformidad con lo establecido en el artículo 28, revisa varios convenios: el Convenio número 12, sobre la indemnización por accidentes en agricultura de 1921; el Convenio número 19 sobre la indemnización por accidentes del trabajo de 1925; el Convenio número 18 sobre las enfermedades profesionales de 1925, y el Convenio número 42 sobre las enfermedades profesionales de 1934 que revisa el anterior.

Tal y como se estableció en este Convenio cuando se ratifica un Convenio posterior que revisase su contenido, esto suponía la denuncia inmediata del anterior. Pero la entrada en vigor del nuevo Convenio no impedía que se pudieran registrar ratificaciones al Convenio número 42 de 1934 sobre las enfermedades profesionales, por lo tanto esto significa que

⁶⁴ GOMEZ –MILLAN HERENCIA, M.J.: “Marco normativo de las enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit., pág. 60.

⁶⁵ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*. Madrid 2002. MTAS-INSHT, pág. 314.

⁶⁶ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*. ob. cit., pág. 323.

pueden estar en vigor ambos convenios, según describe MORENO CALIZ⁶⁷, aunque el posterior revisa el anterior, coincidirán ambos mientras algunos miembros no hayan ratificado el Convenio 121, como es el caso del Estado Español, y de conformidad con el artículo 38 “1. En caso de que la Conferencia adopte un nuevo convenio que implique una revisión total o parcial del presente, y a menos que el nuevo convenio contenga disposiciones en contrario: a) la ratificación, por un Miembro, del nuevo convenio revisor implicará, “ipso iure”, la denuncia inmediata de este Convenio, no obstante las disposiciones contenidas en el artículo 34, siempre que el nuevo convenio revisor haya entrado en vigor; b) a partir de la fecha en que entre en vigor el nuevo convenio revisor, el presente Convenio cesará de estar abierto a la ratificación por los Miembros. 2 Este Convenio continuará en vigor en todo caso, en su forma y contenido actuales, para los Miembros que lo hayan ratificado y no ratifiquen el convenio revisor”.

El Convenio aborda materias que ya habían sido tratadas por la OIT en el Convenio 102, motivo por el que se establecieron unos criterios a tener en cuenta en relación a la conexión entre ambos convenios, como dice MORENO CALIZ,⁶⁸ por tanto la ratificación del Convenio número 121 y por consiguiente la aceptación de sus obligaciones supone la aceptación de las obligaciones establecidas en el Convenio 102. A pesar de ello otra consecuencia que resulta de la ratificación del Convenio núm. 121 de OIT es que determinadas disposiciones del Convenio 102, en concreto la parte VI y disposiciones correspondientes, se dejaron de aplicar para el miembro que ratifique el Convenio 121 y desde que éste entre en vigor para el Estado.

Con la aprobación del Convenio 121 de OIT se produjo un importante cambio en el tratamiento de las enfermedades profesionales, como describe

⁶⁷ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*. ob. cit., pág. 323.

⁶⁸ MORENO CALIZ, S. *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*. ob. cit., pág. 323.

RODRIGUEZ SANTOS⁶⁹, como respuesta a las necesidades surgidas por las alteraciones producidas a consecuencia de la segunda guerra mundial, y con la aparición de nuevos riesgos profesionales al incorporarse nuevos procesos productivos y el progreso de la ciencia en los dispositivos de detección y prevención de enfermedades.

2.1.5.1 Ámbito personal de aplicación del Convenio número 121.

El ámbito personal de aplicación viene referido, como expresa GONZALEZ MARTINEZ⁷⁰ a que las legislaciones nacionales deberán proteger a todos los trabajadores asalariados, inclusive los aprendices, los sectores tanto públicos como privados, también incluye a los miembros de las cooperativas, y para los supuestos de fallecimiento del sostén de la familia las categorías que citan de beneficiarios. No obstante cada legislación nacional, así se establece en el artículo 4 del Convenio número 121 OIT, podrá establecer excepciones en relación: a) a las personas que realicen trabajos ocasionales ajenos a la empresa, b) respecto de los trabajadores a domicilio, c) acerca de los miembros de la familia del empresario en relación a los trabajos que realicen para él, d) en relación con otros asalariados siempre que no superen el 10% del total de asalariados. De este modo todo Estado Miembro mediante declaración anexa a la ratificación del convenio número 121 OIT podrá realizar excepciones a la aplicación del convenio. De entre las excepciones recogidas en el artículo 3 destacan los siguientes colectivos: a) a la gente del mar incluidos los pescadores de pesquerías marítimas, b) a los funcionarios públicos siempre que estén protegidos por regímenes especiales que concedan en conjunto prestaciones por lo menos equivalentes a las del presente Convenio.

⁶⁹RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 102.

⁷⁰GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las enfermedades profesional*, ob. cit., pág. 94.

Por otra parte, resulta posible, de conformidad con el artículo 5 del Convenio 121 de la OIT, la legislación nacional de un Estado Miembro puede, limitar las prestaciones a categorías prescritas de asalariados cuyo número total no debería ser inferior al 75% de todos los asalariados que trabajen en establecimientos industriales. Además cada Estado Miembro en su territorio, deberá asegurar a los extranjeros en igualdad de trato que a sus nacionales en relación a las prestaciones en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según establece el artículo 27 del Convenio núm. 121 de la OIT.

2.1.5.2. Opciones para determinar las enfermedades profesionales.

Como en los convenios que precedieron, el Convenio 121 OIT tampoco facilita un concepto de la enfermedad profesional para identificar las dolencias sufridas, pero, como señala MORENO CALIZ⁷¹, esta ausencia no impide que las legislaciones nacionales puedan disponer de un concepto legal de la enfermedad profesional.

En los Convenios anteriores se establecía el enunciado de cuadro o lista, considerando que era el procedimiento más adecuado, de esta manera los Estados estaban obligados a reconocer como enfermedades profesionales las listadas en el cuadro y que se contraían en las industrias señaladas.

En el Convenio número 121 OIT en el artículo 8 se proponía las distintas opciones de determinación de las enfermedades profesionales, y como describe MORENO CALIZ⁷², se obligaba a los países firmantes a acogerse a una de ellas:

1º- sistema lista, donde debían figurar como mínimo las enfermedades establecidas en el cuadro I del Convenio 121.

⁷¹ MORENO CALIZ, S. *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*, ob. cit., pág. 315.

⁷² MORENO CALIZ, S. *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*. ob. cit. pág. 315.

2º- sistema abierto, se establecía una definición general de enfermedad profesional, de tal manera que pudiera implantar las enfermedades de etiología laboral reconocidas en el cuadro I del Convenio 121 OIT.

3º- sistema mixto, aquí se implantan las dos opciones descritas para eludir las deficiencias de cada una de ellas. Se reconocen como enfermedades profesionales no solo las reconocidas en el cuadro o lista legal, sino también las de origen profesional, pero no incluidas en la lista o bien que se han adquirido de manera distinta a la descrita en el cuadro. De este modo, la tercera opción es considerada la más adecuada porque integra las ventajas de las otras y elimina los inconvenientes de las otras opciones.

Por otra parte, se pretendía conseguir sistemas homogéneos, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁷³, se fijaban directrices a seguir y se dejaba espacio para que el ordenamiento jurídico interno regulara aquellos aspectos particulares en el tratamiento, una lista simplificada, para que cada Estado estableciera el grado y el tipo de exposición de los agentes para calificar la enfermedad como profesional, de esta manera la lista se convertía en un mínimo que cada Estado firmante se comprometía a incorporar en sus ordenamientos jurídicos, independientemente del modelo elegido.

2.1.5.3. Ámbito de aplicación objetivo, contingencias cubiertas.

El ámbito de aplicación objetivo, contingencias cubiertas, cuando se deban a accidente de trabajo o enfermedad profesional, como expresa MORENO CALIZ⁷⁴, no hay diferencias entre las prestaciones concedidas por causa de accidente de trabajo y las prestaciones por enfermedad profesional, según establece el artículo 6 del Convenio número 121 OIT, comprende: a) el estado mórbido, b) incapacidad para trabajar consecuencia del estado mórbido

⁷³RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 103.

⁷⁴ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*. ob. cit. pág., 321.

y además suponga la suspensión de ganancias según como lo defina la legislación nacional, c) pérdida total de capacidad para ganar o pérdida parcial cuando exceda de un determinado grado cuando sea probable que la pérdida sea permanente o de disminución de las facultades físicas; y d) pérdida de los medios de existencia que sufran los familiares, categorías prescritas de beneficiarios, como consecuencia del fallecimiento del sostén de la familia.

2.1.5.4. Acción protectora.

En materia de prestaciones se hace referencia a asistencia sanitaria, a las prestaciones económicas periódicas, de conformidad con el artículo 9.1 del Convenio número 121 OIT y obliga a los Estados miembros, como expresa GONZALEZ MARTINEZ⁷⁵ a tomar medidas en materia de prevención y al propio empleo, en concreto el artículo 26 del mismo establece “Los Miembros tiene la obligación de tomar medidas en orden a la prevención contra accidente de trabajo y enfermedades profesionales así como en el empleo. En este último ámbito deben proporcionar servicios de readaptación profesional que, cuando sea posible, preparen a la persona incapacitada para reanudar sus actividades anteriores, o si esto no fuera posible para ejercer la actividad lucrativa más adecuada, a su actividad anterior, habida cuenta de sus calificaciones y aptitudes, también deben tomar medidas para facilitar la colocación adecuada de los trabajadores que hayan quedado inválidos”.

En materia de enfermedades profesionales se puede establecer un periodo de exposición al riesgo previsto, pero como establece el artículo 9.2 del Convenio 121 OIT, la iniciación al derecho a la prestación no puede estar subordinada a la duración del tiempo de empleo, ni a la duración del periodo de afiliación o pago de cotizaciones.

⁷⁵ GONZALEZ MARTINEZ, J.A. *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit., pág. 95.

El campo de la acción protectora que contemplaba el Convenio número 102 OIT, en relación a las prestaciones en especie, como expresa GONZALEZ MARTINEZ⁷⁶, se amplía con el Convenio número 121 de la OIT para comprender la asistencia suministrada bajo la vigilancia médica y servicios conexos, cuya finalidad es restablecer, mejorar y conservar la salud del trabajador, y comprenden: la asistencia médica general y la ofrecida por especialistas tanto a los que se encuentren hospitalizados como las visitas domiciliarias, la asistencia odontológica, asistencia por enfermeras, mantenimiento en hospital o cualquier otra institución médica, suministro de material odontológico, farmacéutico y cualquier otro material incluso prótesis, lentes, la asistencia por otros profesionales reconocidas legalmente como conexas con la profesión médica, y también, en la medida de lo posible, tratamiento urgentes a víctimas de accidentes de trabajo graves, cuidados a las víctimas de lesiones leves. Todas estas prestaciones se otorgaran, como establece el artículo 10 del Convenio 121 OIT por todos los medios apropiados para conservar, restablecer o mejorar la salud de la víctima, así como su aptitud para trabajar y hacer frente a sus necesidades personales.

En cuanto a las prestaciones económicas, como expresa GONZALEZ MARTINEZ⁷⁷, y se establece en el artículo 13 del Convenio número 121 OIT, se diferencian tres supuestos, cada uno de ellos con régimen diferente según condición de la disposición protegida: a) la incapacidad temporal o inicial; b) la pérdida de la capacidad para ganar, cuando sea probable que sea permanente, o por disminución correspondiente de las facultades físicas en todos los

⁷⁶ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*. Navarra 2017. Editorial Aranzadi. Página 95; VALDUEZA BLANCO, M.D.: "El Convenio número 121 de la OIT sobre prestaciones en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional y los mecanismos de control de su aplicación" en *comunicación al XX Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, 25-28 de septiembre de 2012*, págs. 8-9.

⁷⁷ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit. pág. 96.

supuestos que la pérdida de capacidad o disminución de facultades excedan en un porcentaje prescrito y subsistan una vez terminado el periodo de incapacidad temporal, según establece el artículo 14 del Convenio 121 OIT y; c) en caso de fallecimiento del sostén de la familia, según el artículo 18 del mismo, donde además de establecer prestaciones monetarias de pago periódico a la viuda, a los hijos a cargo del fallecido y a toda persona que fuera designada por la legislación nacional, también deberá pagarse una prestación para gastos funerarios.

Para los tres supuestos se prevén prestaciones periódicas, prestaciones que se calcularán de conformidad con los artículos 19 y 20 Convenio 121 OIT, y para los dos últimos supuestos, es posible además cuando concurren determinadas circunstancias excepcionales la sustitución por una suma global y cuando la autoridad competente lo considere más ventajoso para el beneficiario, según artículo 15 Convenio 121 OIT. Incluso se pagaran incrementados los pagos periódicos u otras prestaciones suplementarias a las personas incapacitadas cuando requieran la ayuda o asistencia constante de otra persona, de conformidad con el artículo 16 Convenio 121 OIT.

Por otra parte, tanto para el supuesto de incapacidad temporal o inicial, donde se realizaran pagos periódicos, como para el supuesto de la pérdida total para ganar o disminución correspondiente de las facultades físicas, su cuantía no podrá ser inferior al 60% del total de las ganancias anteriores, calculadas según reglas prescritas o según categorías profesionales y las consiguientes retribuciones fijadas para ellas a las que haya pertenecido el trabajador beneficiario, viene establecido en el cuadro II del Convenio 121 OIT.

Las prestaciones económicas en caso de fallecimiento del sostén de la familia consistirán, según expresa GONZALEZ MARTINEZ,⁷⁸ también en

⁷⁸ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit., pág. 96.

pagos periódicos a la viuda, al viudo a cargo e incapacitado, se establece un porcentaje del 50% del total de ganancias del causante, según lo establecido en el cuadro II del Convenio 121 OIT frente al 40% que establecía el Convenio 102 de la OIT.

2.1.5.5. Procedimiento de modificación.

El Convenio 121 OIT en el artículo 31 regulaba un procedimiento de modificación de la lista “El cuadro I del presente Convenio podrá ser modificado por la Conferencia Internacional del Trabajo, en cualquier reunión en cuyo orden del día figure esta cuestión, por decisión adoptada por una mayoría de dos tercios”, sin necesidad de acudir a la aprobación de un nuevo texto, según RODRIGUEZ SANTOS⁷⁹, por lo que podemos deducir que se inclina a la instauración de un sistema mixto. El Convenio 121 de la OIT revisó las listas anteriores, incluye como Anexo, cuadro I⁸⁰, una relación de quince enfermedades profesionales frente a las diez que contenía el Convenio 42 del año 1942, se añaden cinco enfermedades nuevas, enfermedades causadas por el berilio o sus compuestos tóxicos, enfermedades causadas por el cromo o sus compuestos tóxicos, enfermedades causadas por el manganeso o sus compuestos tóxicos, enfermedades causadas por sulfuro de carbono y enfermedades causadas por los derivados nitrados y amínicos tóxicos o de sus homólogos; en 1980 se aumentaron a veintinueve grupos.

Por otra parte, la comisión de Seguridad e Higiene de la OIT configura el grupo de trabajo⁸¹ con la finalidad de examinar la propuesta a la enmienda de

⁷⁹ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales” en AAVV Las Enfermedades Profesionales. ob. cit., pág. 103.

⁸⁰ El Cuadro I del Convenio se compone de dos columnas, en las que se enumeran las enfermedades profesionales y los trabajos que entrañan riesgo, respectivamente, así se modifican los términos que se utilizaron en el Convenio 42 que establecía una lista de enfermedades profesionales y sustancias tóxicas por una parte y por otra las profesiones, industrias u operaciones correspondientes.

⁸¹ Este grupo estaba formado por cinco miembros gubernamentales, cinco miembros empleadores y cinco por parte de los trabajadores, no cuenta con ningún representante español. En las sesiones del

la lista de enfermedades profesionales anexa al Convenio 121 OIT, y además este Convenio evolucionó hacia un modelo multicausal de clasificación, que consistía en la configuración de grupos de enfermedades que incorporaban en un primer bloque las enfermedades enumeradas, especificando el agente que las producía, y en un segundo bloque se establecía la conexión con las posibles actividades laborales que conllevaban exposición al riesgo, los trabajos que tienen riesgo de originar enfermedades, como establece MORENO CALIZ⁸². Se conserva el sistema lista, se confiere una presunción legal de enfermedad profesional a las dolencias que se relacionan con los trabajos en el cuadro, pero hay que destacar una particularidad al utilizarse una fórmula neutra y permitiendo, por tanto, ampliar el ámbito de las actividades que son susceptibles de provocar la enfermedad que se menciona en la primera columna, “todos los trabajos que expongan al riesgo considerado”, solo en el supuesto de la infección carbuncosa se describen los trabajos que pueden provocar carbuncosis (trabajos que impliquen contacto con animales carbuncosos. Manipulación de despojos de animales. Carga, descarga o transporte de mercancías que pueden haber sido contaminadas por animales o despojos de animales contaminados), se mantiene sólo en este supuesto la terminología que utilizó el Convenio de 1925.

Por tanto, se calificaba como una lista de las denominadas, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁸³ de cobertura total, ante la necesidad de demostrar la relación entre enfermedad y actividad se permitían posibles interpretaciones que en muchos supuestos debían resolverse en sede judicial.

grupo participan también representantes de organizaciones internacionales, en concreto de la OMS y de la Comisión de las Comunidades europeas.

⁸² MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*, ob. cit., pág. 319.

⁸³ RODRIGUEZ SANTOS, E. “El cuadro de enfermedades profesionales” en AA.VV. *Las Enfermedades Profesionales*, ob. cit. pág. 103.

2.1.5.6. El cuadro de enfermedades profesionales enmendado en 1980.

El Convenio 121 OIT en el artículo 37 establecía un procedimiento especial y simplificado para enmendar la lista, el Consejo de Administración de la OIT presentara e inscribirá en el orden del día a la Conferencia, la revisión total o parcial de la lista.

La revisión de la lista de enfermedades profesionales se ha sometido en varias ocasiones a la Conferencia. En 1970 en la 54ª reunión la Conferencia reincide en la importancia del tema, según expresa MORENO CALIZ⁸⁴ y propone incluir en la lista tres grupos de enfermedades profesionales: las auditivas, entre las que se incluye la sordera profesional; las afecciones o dolencias provocadas por los trabajos efectuados en atmosferas bajo presión y las enfermedades infecciosas contraídas por el personal de los servicios médicos y por el personal de los laboratorios médicos y de investigación. En 1973, en la 4ª Conferencia Regional Africana de la OIT se propone ampliar la lista a enfermedades contraídas en el medio rural. En 1979 el Consejo de Administración en su 209ª reunión decide convocar una reunión de expertos que debía establecer los criterios para elaborar una nueva lista de enfermedades profesionales, esta modificación tuvo lugar una década más tarde cuando se elabora un proyecto de lista propuesto por una reunión de consulta extraoficial que se celebró en Ginebra entre el 9 y 12 diciembre 1991, que revisa el cuadro del convenio de 1964, enmendado en 1980⁸⁵.

El grupo de trabajo proponía que la lista no fuera estricta de manera que se permitiera su ampliación, según describe MORENO CALIZ⁸⁶, tanto para compensar como para prevenir, y proponía la revisión reiterada de la misma atendiendo al desarrollo tecnológico y científico, la opinión de los expertos era intentar mantener el carácter tolerante para fomentar la ratificación del

⁸⁴ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*, ob. cit. pág. 324.

⁸⁵ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*, ob. cit., pág. 324.

⁸⁶ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*, ob. cit., pág. 325.

Convenio, y por tanto incluir sólo las enfermedades cuyo origen profesional no plantease dudas.

El informe del grupo de trabajo fue adoptado por la Comisión de Seguridad e Higiene por unanimidad el 20 de junio de 1980. Ante las dificultades para establecer la relación de causa efecto entre los daños de salud y los riesgos profesionales, porque hay enfermedades relacionadas con el trabajo que tienen un origen unicausal, pero hay otras donde la causa puede ser múltiple, la Reunión de Expertos no definió las enfermedades profesionales.

Se consideró adecuado mantener, en el nuevo cuadro de enfermedades de 1980, como señala MORENO CALIZ⁸⁷, el sistema lista de dos columnas: una para las enfermedades y otra para los trabajos que conllevan el riesgo, pero en esta segunda columna se propone incorporar una muletilla “en la aplicación de este cuadro convendría, en este caso necesario, tener en cuenta el nivel y el tipo de exposición” tal y como queda configurado definitivamente en el texto del cuadro modificado.

Así, se produce ampliación en los siguientes supuestos:

1.- En el grupo de enfermedades causadas por agentes químicos se incorporan las enfermedades causadas por el cadmio o sus compuestos tóxicos, las enfermedades causadas por el flúor o sus compuestos tóxicos, las causadas por la nitroglicerina u otros ésteres del ácido nítrico, las causadas por sustancias asfixiantes, óxido de carbono, cianuro de hidrógeno o sus derivados tóxicos, hidrógeno sulfurado.

2.- También se incorporan enfermedades causadas por agentes físicos, afecciones auditivas causadas por el ruido, se utiliza este término a propuesta de la Reunión de Expertos que la considera adecuada por su carácter flexible,

⁸⁷ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*, ob. cit., pág. 326.

desestimando expresiones como sordera profesional o pérdida auditiva por ser más limitadas, como establece MORENO CALIZ⁸⁸.

3.- Se adicionan también enfermedades causadas por vibraciones, pese a que se reconocen las dificultades de establecer la relación de causalidad entre vibraciones generales del cuerpo de baja frecuencia y las afecciones que genera, como ocurre en maquinistas, tractoristas que suelen padecer dolores lumbares, ciática, según manifiesta MORENO CALIZ⁸⁹.

4.- En relación a las enfermedades de la piel, son un cajón de sastre, causadas por agentes físicos, químicos o biológicos no considerados en otras rúbricas, es un epígrafe muy amplio que da cabida a multitud de agentes etiológicos⁹⁰.

5.- Una innovación importante, que se realiza en 1980 en la lista, es una sustancia tan nociva como el amianto que provoca un tipo de enfermedad profesional: el cáncer de pulmón o mesotelioma, hay que establecer la relación causal entre el amianto y el cáncer de pulmón, tal y como manifiesta MORENO CALIZ⁹¹.

6.- Se reconocen, además de las enfermedades por infección carbuncosa, otras enfermedades de carácter infeccioso, por lo que se amplía el ámbito de de trabajos con riesgo, incluyendo trabajos en el campo de la sanidad y de laboratorio, como describe MORENO CALIZ⁹², trabajos veterinarios, de manipulación de animales, de cadáveres o despojos de animales o de mercancías que pueden haber sido contaminadas por animales, así como cualquier otro trabajo que impliquen un riesgo especial de contaminación.

⁸⁸ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*. ob. cit., pág. 327.

⁸⁹ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*. ob. cit., pág. 328.

⁹⁰ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*. ob. cit., pág. 328.

⁹¹ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*. ob. cit. pág. 328.

⁹² MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*. ob. cit. pág. 329.

2.1.5.7. Aspectos negativos del Convenio número 121 OIT.

Contrariamente a la importancia del Convenio 121, según RODRIGUEZ SANTOS⁹³, la lista de enfermedades profesionales del Convenio 121 padecía de ajustarse de manera excesiva a un sistema y una precisión, y en la mayoría de los supuestos de las actividades que conllevaban riesgos no se precisaban. Ya en diciembre de 1991 se celebra en Ginebra una reunión extraoficial a propuesta de un grupo de expertos y se elabora un proyecto de lista de enfermedades profesionales. El proyecto de lista se caracterizaba por el sistema que utiliza, asocia las enfermedades en cuatro grupos: según sus agentes, según el aparato o el sistema afectado, cánceres profesionales y el último grupo con el título de otras enfermedades, según MARTINEZ BARROSO⁹⁴, solo recoge el nistagmus de los mineros. La principal innovación de la propuesta de lista es la referida a las enfermedades profesionales del sistema osteomuscular, causadas por determinadas actividades laborales o por el medio ambiente de trabajo, como pueden ser movimientos repetitivos, posturas incómodas, vibraciones, esto evidencia que ya se puede hablar de la aparición de nuevas enfermedades profesionales muy habituales en el sector terciario. La estructura de este proyecto se aleja de la lista del Convenio número 121, enmendado después en 1980, que como hemos visto, se basaba en el sistema de doble lista, una para las enfermedades profesionales y otra para las actividades causantes de las mismas⁹⁵.

2.1.6. Recomendación número 121 OIT de 1964.

En el preámbulo de la Recomendación 121 OIT se establece que

⁹³RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales" en AA.VV. *Las Enfermedades Profesionales*. ob. cit. pág. 103.

⁹⁴MARTINEZ BARROSO, M.R.: "El régimen especial de la minería del carbón", en AA.VV. *Tratado de Derecho de la Seguridad Social*. Tomo II. Murcia 2017. Editorial Laborum. págs. 667-678.

⁹⁵ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*, ob. cit. págs. 330-331.

complementará el Convenio 121 OIT sobre prestaciones en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Si el Convenio 121 OIT no realizaba una definición de la enfermedad profesional, la Recomendación 121 OIT en el artículo 6.1.2, sí hace una definición de la misma. Así propone la calificación como enfermedades profesionales “aquellas que se sabe provienen de la exposición a sustancias o condiciones peligrosas inherentes a ciertos procesos, oficios u ocupaciones” y como señala MORENO CALIZ⁹⁶, se recomienda que la presunción del carácter profesional, que admite prueba en contrario, debería establecerse en relación con aquellas situaciones donde el trabajador ha estado expuesto al riesgo durante un tiempo determinado, y si ha mostrado signos de la enfermedad dentro de un periodo determinado siguiente a la terminación del último empleo que haya estado expuesto al riesgo.

Y en relación a las listas de enfermedades profesionales la Recomendación 121 OIT en el artículo 6.3 establece que “los Miembros deberían tomar especialmente en consideración cualquier lista de enfermedades profesionales que puede ser aprobada por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo”. Y además, como se desprende del artículo 7 de la misma, posibilitar la prueba de origen profesional de otras enfermedades o de las incluidas en la lista cuando se manifiesten en condiciones diferentes de aquellas en que se haya establecido de presunto origen profesional.

También se realiza una definición de accidente de trabajo, como expresa GONZALEZ MARTINEZ⁹⁷, en la Recomendación 121 OIT en el artículo 5 se establece que se considerara accidente de trabajo el sufrido durante las horas y lugar de trabajo, cerca de él o en cualquier lugar en el que el trabajador se

⁹⁶ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*, ob. cit. pág. 316.

⁹⁷ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen laboral*, ob. cit. pág. 98.

encontraba debido a su empleo, sea cual fuere la causa del accidente; los accidentes sufridos durante períodos razonables antes y después de las horas de trabajo, y que estén relacionados con el transporte, la limpieza, la preparación, la seguridad, la conservación, el almacenamiento o el empaquetado de herramientas o ropas de trabajo; los accidentes sufridos en el trayecto directo entre el lugar de trabajo y la residencia principal o secundaria del asalariado; o el lugar donde el asalariado toma habitualmente sus comidas; o el lugar donde el asalariado percibe habitualmente su remuneración.

Por su parte, cabe destacar que la Recomendación 121 OIT, es muy amplia y en concreto amplía la protección personal, aumentando notablemente el ámbito personal en el artículo 3, establece el aseguramiento por medio de un seguro voluntario para trabajadores asalariados, a los miembros de cooperativas, de producción o de servicio, a los trabajadores autónomos en especial atención a los propietarios dedicados activamente a la explotación de pequeños negocios o granjas agrícolas.

En mi opinión guarda una estrecha relación con lo que describe nuestro vigente artículo 156 LGSS. No obstante, considero que la Recomendación número 121 OIT debido a su gran amplitud, estaría incluso recogiendo en mayor medida a los accidentes “en misión”, los cuales son actualmente objeto de una interpretación regresiva, en perjuicio del trabajador sobre prestaciones en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Por otra parte también la Recomendación 121 OIT amplía de manera considerable el ámbito de los sujetos que tienen derecho a las prestaciones que deriven de accidente de trabajo y enfermedad profesional, así en el artículo 2, se recomienda a cada Estado Miembro asegurar la concesión de las prestaciones a los trabajadores por cuenta propia, menciona a los pequeños empresarios, a los trabajadores agrícolas, a personas que trabajen sin

remuneración, según describe MORENO CALIZ⁹⁸, como los que reciben una formación profesional (alumnos, estudiantes), los voluntarios (miembros de brigadas de voluntarios, personas que se dedican a actividades de beneficencia) o presos o personas detenidas que realizan trabajos penitenciarios.

Por otro lado, junto a las prestaciones monetarias que prevé el Convenio 121 OIT, la Recomendación 121 OIT en el artículo 12 dispone otra prestación monetaria adicional, como señala MORENO CALIZ⁹⁹, cuando se produzcan lesiones permanentes que no se hayan tenido en cuenta al evaluar la pérdida de capacidad de trabajar de la persona, víctima de accidente de trabajo o enfermedad profesional, se deberían abonar “prestaciones suplementarias o especiales”, esta figura es semejante a la prevista en el actual artículo 201 LGSS, que indemniza las lesiones permanentes no invalidantes derivadas de contingencias profesionales.

2.1.7. Recomendación 194 de la OIT de 2002 y su actualización en el año 2010.

La Recomendación 194 de 20 de junio de 2002, como expresa GOMEZ-MILLAN HERENCIA¹⁰⁰, sustituye a la anterior lista de enfermedades de 1980.

Por otra parte en relación a la lista de enfermedades profesionales se plantea la obligación a la autoridad competente nacional de elaborar una lista de enfermedades profesionales a los fines de la prevención, registro, notificación y, de ser procedente la indemnización de las mismas, mediante métodos adecuados a las condiciones y prácticas nacionales y, de ser

⁹⁸ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*, ob. cit. pág. 320.

⁹⁹ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*, ob. cit. pág. 322.

¹⁰⁰ GOMEZ-MILLAN HERENCIA, M.J.: “Marco normativo de las enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 61.

necesario, por etapas y previa consulta con los representantes de los empleadores y de los trabajadores más representativos de conformidad con el artículo 2 de la Recomendación 194 OIT, pero para MORENO CALIZ¹⁰¹, si bien considera que tiene por finalidad la Recomendación 194 OIT establecer una lista de enfermedades profesionales a los fines de prevención, registro y notificación, considera que el objetivo fundamental no es tanto establecer una lista para proceder a reparar el daño, tal y como se hacía en el Convenio número 121 OIT, sino fijar una lista que deberán ser tenidas en cuenta por los distintos Estados miembros para lograr los fines de prevención, registro y notificación de las enfermedades¹⁰². Del mismo modo, se establece la necesidad de contar con un procedimiento simple para mantener actualizada la lista de enfermedades profesionales.

Para RODRIGUEZ SANTOS¹⁰³, lo más innovador de esta Recomendación 194/2002 es la configuración de una lista abierta, que nos pueda proporcionar la oportunidad de incluir en el futuro nuevas enfermedades, y según MORENO CALIZ¹⁰⁴, la Recomendación 194 de OIT afianza el sistema de reconocimiento mixto de las enfermedades profesionales, sistema abogado por la Organización Internacional en los anteriores textos legales, donde se admite la posibilidad de probar la conexión causal entre el trabajo y la enfermedad que padece el trabajador siendo la consecuencia la consideración y calificación de la patología sufrida como enfermedad profesional, aunque la enfermedad no esté contemplada en el cuadro o lista.

¹⁰¹ MORENO CALIZ, S.: "La lista española de Enfermedades Profesionales a la luz de recientes textos internacionales" en *Revista del Ministerio de Trabajo e inmigración*, núm. 52, 2004. pág. 119.

¹⁰² En el Preámbulo de la Recomendación se establece "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".

¹⁰³ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales" en AA.VV. *Las Enfermedades Profesionales*, ob. cit. pág. 103.

¹⁰⁴ MORENO CALIZ, S.: "La lista española de Enfermedades Profesionales a la luz de recientes textos internacionales" en *Revista del Ministerio de Trabajo e inmigración*, núm. 52, 2004. pág. 120.

La última actualización de la Recomendación 194 OIT se produjo el 25 de marzo de 2010, ésta fue diferente a las anteriores como expresa RODRIGUEZ SANTOS¹⁰⁵, el resultado fue un proceso donde se consultó a los representantes de los gobiernos, de las organizaciones de empleadores y de los trabajadores. Esta supervisión se basa en el análisis detallado de la problemática de las enfermedades profesionales, como son los nuevos factores de riesgo en el trabajo, de las experiencias de otros países y del desarrollo científico internacional en la identificación de estas enfermedades, también se ha tenido en cuenta el examen de un grupo de expertos sobre alcance y contenido de la lista, que dispone los criterios para determinar que enfermedades han de ser incorporadas a la lista, la presencia de una relación causal entre la enfermedad y un agente, la exposición a un trabajo determinado, que la enfermedad ocurra en relación con el ambiente de trabajo y en ocupaciones específicas, que la enfermedad se desarrolle entre un grupo de trabajadores con una frecuencia superior a la incidencia media del resto de población y que hay una evidencia científica.

Se clasifican, en la Recomendación 194 OIT, las enfermedades en cuatro grupos, la lista está compuesta por 106 enfermedades profesionales reconocidas internacionalmente. Hay un incremento del número de patologías.

En el primer grupo se clasifican las enfermedades profesionales por el agente que las causa, según se trate de agente químico, físico o biológico, y a su vez, cada uno de estos agentes configura un subgrupo o apartado de enfermedades. Tanto el subgrupo de agentes químicos¹⁰⁶, físicos¹⁰⁷, como

¹⁰⁵ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales" en AAVV Las Enfermedades Profesionales, ob. cit., pág. 104.

¹⁰⁶ El penúltimo y el último apartado del subgrupo agentes químicos del Anexo de la lista de enfermedades. "-Enfermedades causada por sustancias irritantes: benzoquinona y otras sustancias irritantes de la cornea"; -"las enfermedades causadas por agentes químicos que no se hubieren mencionado previamente y cuando se haya establecido un vínculo entre la exposición de un trabajador a dichos agentes químicos y la enfermedad que padezca el interesado".

biológicos¹⁰⁸ hay una cláusula de cierre donde tienen cabida otros agentes que no se hayan identificado previamente. El subgrupo de enfermedades causadas por agentes biológicos, añadiéndose en la actualización de 25 marzo de 2010 también a este subgrupo enfermedades infecciosas y parasitarias, se produce un incremento de las patologías.

El segundo grupo se encuentran las enfermedades profesionales clasificadas según el aparato o sistema afectado, encontramos cuatro subgrupos según se trate de aparato respiratorio¹⁰⁹, de la piel¹¹⁰, del sistema osteomuscular¹¹¹, se incluyen por primera vez, en la revisión de 25 de marzo de 2010, los trastornos mentales y del comportamiento, esto posibilita el acceso al conjunto de riesgos psicosociales, no contemplados hasta el momento en ningún listado¹¹².

¹⁰⁷ El último apartado del subgrupo agentes físicos del Anexo de la lista de enfermedades, "enfermedades causadas por otros agentes físicos que no se hayan mencionado previamente y cuando se haya establecido un vínculo directo entre la exposición del trabajador a dichos agentes físicos y la enfermedad que padezca el interesado".

¹⁰⁸ El último apartado del subgrupo agentes biológicos del Anexo de la lista de enfermedades. "enfermedades causadas por otros agentes biológicos en el trabajo no mencionados en los puntos anteriores cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a dichos agentes biológicos que resulte de las actividades laborales y las enfermedades contraídas por el trabajador". Este apartado se introdujo en 2010.

¹⁰⁹ Se remite en la alveolitis alérgica a lo previsto en la legislación nacional. Y en este subgrupo también encontramos una cláusula de cierre "toda enfermedad del aparato respiratorio que no haya sido mencionada anteriormente 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".

¹¹⁰ "Enfermedades de la piel causadas por agentes físicos, químicos o biológicos no considerados en las enfermedades anteriores".

¹¹¹ "Enfermedades del sistema osteomuscular causadas por determinadas actividades laborales o por el medio ambiente de trabajo en que están presentes factores de riesgo particulares (movimientos rápidos, repetitivos, esfuerzos excesivos, posturas incómodas, vibraciones...).

¹¹² Se incluye el estrés postraumático y también hay una cláusula cierre que da cabida a "Otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados en el punto anterior cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y los trastornos mentales o del comportamiento contraídos por el trabajador".

El tercer grupo se recoge el cáncer profesional, que puede estar provocado por diversas sustancias o agentes de muy diversa naturaleza, en la actualización de 25 de marzo de 2010 se aumentó la lista y se añade virus hepatitis B y virus hepatitis C, también aquí hay una cláusula de cierre donde deja abierta la posibilidad de que la causa de la enfermedad profesional del cáncer sea por otros agentes¹¹³.

El cuarto grupo se establece una puerta abierta “otras enfermedades”, donde menciona el nistagmo de los mineros y otras enfermedades¹¹⁴.

Como se observa todos los grupos se establece una puerta abierta, lo que determina claramente la preferencia por el sistema mixto.

En 2010 se produce un avance por la OIT por cuanto supone que todos los Estados adheridos deben tener presente la nueva lista, como dice RODRIGUEZ SANTOS¹¹⁵, tal y como dice el preámbulo del documento, “la lista se ha elaborado con el objetivo de ayudar a los países, en la prevención, el registro, la notificación y, si procede, la indemnización de las enfermedades causadas por el trabajo”. La Oficina de la OIT ha colaborado para elaborar y modificar las listas nacionales a los Estados miembros, a las organizaciones de trabajadores y empleadores y también a la Unión Europea.

¹¹³ “Cáncer causado por otros agentes en el trabajo no mencionados en los puntos anteriores cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a dichos agentes que resulte de las actividades laborales y el cáncer contraído por el trabajador”.

¹¹⁴ “Otras enfermedades específicas causadas por ocupaciones o procesos no mencionados en esta lista cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición que resulte de las actividades laborales y las enfermedades contraídas por el trabajador”.

¹¹⁵ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales” en AAVV *Las Enfermedades Profesionales*. ob. cit. página 105.

En el año 2013 la Oficina de la OIT elaboró un Informe sobre Prevención de enfermedades profesionales¹¹⁶. Y entre 2012-2013 la OIT ha elaborado unas directrices sobre criterios de diagnóstico, registro y notificación de las enfermedades profesionales, todo ello encaminado al reconocimiento de nuevas enfermedades profesionales¹¹⁷.

2.2. MARCO NORMATIVO DE LA UNION EUROPEA

A finales de los años 50 la OIT, como manifiesta GONZALEZ MARTINEZ¹¹⁸, dejó de ocupar el liderazgo en el estudio sobre los infortunios, al captar el interés las nuevas organizaciones internacionales europeas, el Consejo de Europa y la Comunidad Económica Europea y a partir de este momento se aplicó un pacto tácito, de tal modo que la OIT continuaba ejerciendo un papel activo respecto de los países extraeuropeos, y dejaba a los dos organismos nuevos europeos los asuntos europeos. Algunos países han considerado incongruente la compaginada aplicación de convenios de la OIT y normas europeas sobre la misma materia, procediendo a denunciar los convenios de OIT o no aplicar las partes que coincidían con los europeos, tal y como dice OJEDA AVILES y GARCIA DE CORTAZAR y NEGREDA¹¹⁹, en el caso de España no ha ratificado la mayoría de los convenios más recientes de la OIT sobre Seguridad Social, como el Convenio número 121.

¹¹⁶ Anteriormente, el 22 de junio 1981 se adoptó en Ginebra el convenio número 155 de OIT, ratificado por España el 11 de septiembre 1985, sobre seguridad y salud de los trabajadores, donde se define un planteamiento innovador basado en la seguridad técnica y en la prevención general de las enfermedades profesionales; vid. en este sentido, GOMEZ-MILLAN HERENCIA, M^a.J.: "Marco normativo de la enfermedad profesional", en AA.VV.: *Las enfermedades profesionales*, ob.cit. pág. 61.

¹¹⁷ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales" en AAVV *Las Enfermedades Profesionales*, ob. cit., págs. 105-106.

¹¹⁸ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*. Navarra 2017. Editorial Aranzadi, págs. 98-99.

¹¹⁹ OJEDA AVILES, A. y GARCIA DE CORTÁZAR Y NEBRED, C.: "La regulación internacional y europea de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales", en *Tratado práctico a la legislación reguladora de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales*, ob.cit. págs. 43-44.

La colección normativa del Consejo de Europa, referente a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, se encuentra en una diversidad de disposiciones de diferente rango e intención. La mayoría de las veces, salvo pocas excepciones, se regula esta materia como parte integrante de la Seguridad Social en su conjunto pero, como dice GARCIA DE CORTAZAR y NEBREDA¹²⁰, se le concede un tratamiento específico, diferenciado, y con frecuencia privilegiado.

En la Comunidad Europea las iniciativas iniciales se produjeron en materia de salud del trabajador, como expresa RODRIGUEZ SANTOS¹²¹ adoptando la forma de Recomendación¹²², siendo el objetivo principal conciliar los sistemas de reconocimiento de enfermedades profesionales y la creación de un marco común para la Medicina del Trabajo: a través de los artículos 117 y 118 del Tratado de Roma. Pero, a consecuencia del carácter no vinculante del instrumento normativo, cabía la posibilidad de que un país pudiera no aceptar una determinada enfermedad profesional recogida en la disposición.

Es conveniente reincidir en la diferencia entre el accidente de trabajo que son inmediatos, repentinos, fortuitos muchos y la enfermedad profesional que son la consecuencia de un proceso dilatado en el tiempo, que la dolencia puede aparecer cuando el trabajador ya ha finalizado la actividad laboral durante la que el trabajador se vió expuesto a condiciones dañinas, causantes de la enfermedad, según OJEDA AVILES y GARCIA DE CORTAZAR y

¹²⁰ GARCIA DE CORTAZAR y NEBREDA, C.: "La protección de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales en las normas internacionales de ámbito regional: el Consejo de Europa", en AA.VV., en *Cien años de Seguridad Social. A propósito del centenario de la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900*. Madrid 200. Fraternidad-Muprespa y UNED, págs. 113-115.

¹²¹ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales" en AA.VV.: *Las Enfermedades Profesionales*, ob. cit. pág. 106.

¹²² LYON-CAEN, G.: *Droit Social Européen*, Paris 1969. Editorial Dalloz, pág. 159. Las recomendaciones son sólo eso, recomendaciones a tener en cuenta por los Estados Miembros, respecto a los cuales no crea ninguna obligación jurídica. Sin embargo la técnica empleada con la Recomendación, que no se limita a dar sugerencias sino a marcar el objetivo al que debe tender la legislación nacional la acerca más a la Directiva.

NEBREDA¹²³. Esta situación ya es complicada cuando el trabajador que ha desarrollado su profesión en varias empresas de un solo país, por lo que cuando el trabajador como consecuencia de su carrera laboral está sometido a varias legislaciones. Y ante estas situaciones cuando entran en juego las normas de coordinación comunitaria, que serán las que establecerán el Estado o la institución competente y determinaran la legislación aplicable, determinando responsabilidades, eximiendo obligaciones o procediendo al reparto de cargas.

Actualmente hay normativa en este sentido, el Reglamento número 883/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril, sobre coordinación de los sistemas de Seguridad Social (DOVE-L-2004-81111), determina que “por lo que atañe a las prestaciones de accidente de trabajo y por enfermedades profesionales, deben establecerse normas de protección que recojan la situación de las personas que residan o se encuentren en un Estado miembro distinto del Estado miembro competente”. En este sentido el artículo 36 del Reglamento 883/2004, determina el derecho a la prestación social en especie y en metálico en las prestaciones de accidente de trabajo y enfermedad profesional. Por su parte el artículo 39 del Reglamento (Comunidad Europea) 883/2004, regula lo referido al disfrute de las prestaciones para los supuestos que se produzca una agravación de la enfermedad profesional. Por su parte, también cabe destacar el artículo 38 del Reglamento (Comunidad Europea) 883/2004, donde se regula las prestaciones de enfermedad profesional cuando la persona que padece la enfermedad profesional haya estado expuesta a los mismos riesgos en varios Estados miembros, en tales casos, las prestaciones a las que las víctimas o sus supérstites puedan aspirar a una prestación, y se le concederá

¹²³ OJEDA AVILES, A. y GARCIA DE CORTÁZAR Y NEBREDA, C.: “La regulación internacional y europea de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales”, ob. cit., páginas 63-64.

exclusivamente en virtud de la legislación del último de dichos Estados cuyas condiciones se hayan satisfecho.

2.2.1. Recomendación Europea de 20 julio 1962, sobre medicina del trabajo en la empresa.

La Recomendación Europea, de la Comisión de los Estados miembros sobre la medicina del trabajo en la empresa, de fecha 20 julio 1962¹²⁴, recoge los tres grandes objetivos que se propone esta Recomendación: 1º.- la enseñanza de la medicina del trabajo y la formación de médicos especializados; 2º.- otorgar garantías profesionales a los médicos de empresa para el buen cumplimiento de sus funciones; y 3º.- generalizar los servicios de medicina del trabajo en las empresas.

Los Estados miembros deberán fomentar y constituir, como señala MORENO CALIZ¹²⁵, la creación de cátedras de medicina del trabajo o de institutos especializados en esta materia, no sólo deberán formar médicos especialistas, sino también deberán formar al personal auxiliar para los servicios médicos del trabajo en las empresas.

2.2.2. Recomendación Europea de 23 de julio de 1962.

La Recomendación europea de 23 de julio de 1962, “relativa a la adopción de una lista europea de enfermedades profesionales¹²⁶” supuso el punto inicial de referencia para la configuración de las listas siguientes, según

¹²⁴ Publicada en el DOCE núm. 80 el 31 agosto 1962.

¹²⁵ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*, ob. cit. pág. 373.

¹²⁶ Publicada en el DOCE núm. 80 el 31 agosto 1962.

describe RODRIGUEZ SANTOS¹²⁷, tanto europeas como nacionales, inspirándose en los mecanismos de la OIT. Contiene un cúmulo de sugerencias o propuestas a los Estados miembros a incorporar en sus respectivos ordenamientos jurídicos. Se implantó el sistema de lista mixta¹²⁸, la cual introducía dos listados diferenciados: una lista básica, que deberían los Estados miembros integrar en sus respectivos ordenamientos jurídicos, y se dividía en cinco grupos de enfermedades (las provocadas por los agentes químicos, enfermedades de la piel, provocadas por inhalación de sustancias infecciosas y parasitarias, provocadas por carencias y las provocadas por agentes físicos); y una lista complementaria de enfermedades profesionales, que estaba integrada por aquellas enfermedades que los Estados deberían considerar posibles para incluirlas en el futuro en la lista básica.

Con esta Recomendación se pretende avanzar en la armonización de las legislaciones nacionales en materia de seguridad e higiene, conforme opina MORENO CÁLIZ¹²⁹. Ante la existencia de listas de enfermedades profesionales diferentes moviliza a la Comisión a elaborar una lista uniforme, que sirva de ejemplar a las listas nacionales. También motiva a la Comisión a actuar en esta materia por la libre circulación de trabajadores, para que los derechos en materia de seguridad social no se vean minorados por la movilidad. Cuanto más similares sean las listas nacionales menos obstáculos para reconocer la misma dolencia como enfermedad profesional.

La Recomendación se ocupa de la reparación del daño derivado de la enfermedad profesional, por tanto las enfermedades que están incluidas en la

¹²⁷ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales" en AA.VV.: *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 106.

¹²⁸ GOMEZ-MILLAN HERENCIA, M^a.J.: "Marco normativo de la enfermedad profesional", en AA.VV.: *Las enfermedades profesionales*, ob.cit. pág. 61.

¹²⁹ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*, ob. cit. págs. 370-372.

Lista europea de enfermedades profesionales deberían dar lugar al reconocimiento de una indemnización, las enfermedades listadas en el Anexo I.

En el Anexo II se encuentran la lista de enfermedades de carácter indicativo, que los Estados Miembros deben tener en cuenta para una posible incorporación a la lista europea.

La Comisión también sugiere la implantación de un sistema de intercambio de información de carácter médico, científico y técnico sobre los casos de enfermedades que han sido reparados, para que se procediera a transferir información entre Estados mediante fichas documentales que se describen en el Anexo III de la Recomendación.

2.2.3. El Código Europeo de Seguridad Social de 1964.

El Código Europeo de Seguridad Social, firmado en Estrasburgo el 16 de abril de 1964 y ratificado por España en 1994¹³⁰, es una copia, según GONZALEZ MARTINEZ¹³¹, del Convenio 102 de la OIT, son idénticos en materia de riesgos profesionales, la redacción es casi idéntica y los medios que se utilizan para acordar los niveles de protección también son los mismos, si bien el Consejo de Europa amplía el número de partes, 6 de las 9¹³², que los países europeos deben ratificar, en el Convenio número 102 eran 3 de las 9.

La parte VI del Código de 1964 regula detalladamente las prestaciones en caso de accidente laboral y de enfermedad profesional, pero no hay una definición de riesgos profesionales, tanto del accidente de trabajo como la

¹³⁰ Ha sido revisado en 1990 y en 1995.

¹³¹ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit., pág. 103.

¹³² En el Preámbulo del Código Europeo se establecía "... convencidos de que es conveniente establecer un Código Europeo de seguridad Social a un nivel más elevado que la norma mínima definida en el Convenio núm. 102".

enfermedad profesional, como dice BLASCO LAHOZ¹³³, el Código tampoco indica el sistema de delimitación de la enfermedad profesional que debe recogerse, el de lista cerrada o el de conexión trabajo-enfermedad, limitándose a enumerar las contingencias para el supuesto que se produzca el riesgo: estado mórbido, incapacidad laboral, incapacidad de ganancia parcial o total, pérdida de medios de vida para la viuda o los huérfanos¹³⁴.

El hecho de que no se definan los riesgos profesionales condiciona su análisis, para GONZALEZ MARTINEZ¹³⁵, por cuanto un número considerable de lesiones y muertes producidas en España y seguramente en el resto de países, se deben al tráfico de vehículos y por tanto es importante la calificación de laboral o no de los accidentes “in itinere”, así como de las enfermedades profesionales que van arrastradas por la regulación del accidente de trabajo.

En opinión de OJEDA AVILES¹³⁶, se podría interpretar el Código como una norma utópica e imposible de aplicar en la actualidad, a pesar de que hay dos comités, el Consejo de Europa y el Comité de Expertos en Seguridad Social y el Grupo de Consultores, que de manera constante revisan si se cumplen los mínimos, y en muchas ocasiones los Estados miembros disfrazan para no tener dictámenes desfavorables, y en comparación para realizar la misma función la OIT solo cuenta con el Comité de Expertos para la observancia de la aplicación de los convenios y recomendaciones.

¹³³ BLASCO LAHOZ, J.F.: Enfermedades Profesionales. Legislación, doctrina y jurisprudencia, ob. cit., págs.32-33.

¹³⁴ Artículo 32 Código Europeo de seguridad Social.

¹³⁵ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit., pág. 103.

¹³⁶ OJEDA AVILES, A.: “La convergencia europea en materia de Seguridad Social: los problemas de un Código internacional de prestaciones mínimas”, en *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, núm. 84-2009. págs. 16-17.

2.2.4. Recomendación Europea número 462 de 1966.

La Recomendación número 462 de la Comisión de 20 julio de 1966¹³⁷ a los Estados Miembros, referente a las condiciones de indemnización de las víctimas de enfermedades profesionales, se establecía en el Anexo una lista de excepciones que enumeraba los agentes nocivos y las enfermedades profesionales para las cuales podían establecerse una serie de condiciones limitativas. Las principales contribuciones, según RODRIGUEZ SANTOS¹³⁸, se concretan en primer lugar, en la disposición de la apertura de los sistemas nacionales, al reconocimiento de aquellas enfermedades cuyo origen profesional estuviera probado; en segundo lugar, en insistir que había que tener en cuenta los avances en la Medicina del Trabajo y la investigación¹³⁹; en tercer lugar, en proponer que se implantase un sistema mixto donde el organismo asegurador investigara el origen profesional de las enfermedades y por último que se procediera a revisar de manera periódica la lista cada dos o tres años.

La Comisión entendía que debería existir una única lista para todas las ramas de actividad, para agrupar también las patologías que derivasen de los riesgos en la agricultura. Pero la legislación española y la italiana consideraron dos listas de enfermedades, una para las profesiones industriales, que incluía

¹³⁷ Añadía a la lista de la Recomendación de 23 de julio de 1962, relativa a la adopción de una lista europea de enfermedades profesionales, esta Recomendación era el punto inicial de referencia para la configuración de las listas posteriores europeas y nacionales.

¹³⁸ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales" en AA.VV.: Las Enfermedades Profesionales. ob. cit. pág. 107.

¹³⁹ La STJCE de 13 de diciembre de 1989, asunto C-332/88, Salvatore Grimaldi contra Fons des maladies professionnelles, DOCE C-16, la cual señala que "a la luz del parrafo 5º del artículo 189 del Tratado CEE, las Recomendaciones de la Comisión de 23 de julio de 1962, relativa a la adopción de una lista europea de enfermedades profesionales, y 66/462/CEE, de 20 de julio de 1966, referente a las condiciones de indemnización de las víctimas de enfermedades profesionales, no pueden, por sí mismas, crear derechos para los justiciables que éstos puedan invocar ante los Jueces nacionales. No obstante, éstos últimos deben tener las Recomendaciones en cuenta a efectos de la solución de los litigios que les sean sometidos, especialmente cuando éstas puedan aclarar la interpretación de otras disposiciones nacionales o comunitarias".

también a los profesionales del sector de servicios¹⁴⁰, y otra para los trabajadores del campo¹⁴¹.

Por otra parte, a pesar de los planteamientos propuestos por la Comunidad Europea, según RODRIGUEZ SANTOS¹⁴², no se alcanzan los resultados que se habían propuesto, por cuanto no se aplicaba ni la Recomendación de 23 de julio de 1962 ni la Recomendación de 20 julio de 1966, a consecuencia de la inadecuación del instrumento utilizado, por cuanto no contiene ningún elemento de obligatoriedad para sus destinatarios.

2.2.5. Convenio Europeo de Seguridad Social de 1972.

En el Consejo de Europa hay otras disposiciones de Seguridad Social que incluyen materia sobre riesgos profesionales, entre ellas el Convenio Europeo de Seguridad Social¹⁴³.

En el Título III, Capítulo III del Convenio, en los artículos 38 a 48, se regulan el accidente de trabajo y la enfermedad profesional, hay artículos que son directamente aplicables, según GONZALEZ MARTINEZ¹⁴⁴, y en cambio otros requieren de acuerdos bilaterales o multilaterales entre las partes contratantes¹⁴⁵.

¹⁴⁰ Vid: RD 1995/1978 de 12 de mayo.

¹⁴¹ Anexo al Decreto 3772/1972, de 23 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento General del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social.

¹⁴² RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales" en AAVV Las Enfermedades Profesionales, ob. cit. pág. 107.

¹⁴³ Firmado en París el 14 de diciembre de 1972, el Convenio Complementario para su aplicación se firmo el mismo día. El Instrumento de ratificación del Convenio por España se publico en el BOE el 12 de noviembre de 1986, fue ratificado el 10 de enero de 1986, entrando en vigor el 25 de abril de 1986.

¹⁴⁴ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*. ob. cit., pág. 106.

¹⁴⁵ El artículo 46.5 del Convenio "la aplicación de las disposiciones de los párrafos 3 y 4 del presente artículo entre dos o más partes contratantes estará subordinada a la conclusión de acuerdos bilaterales o multilaterales entre dichas partes".

El Capítulo III, dedicado a los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, según GARCIA DE CORTAZAR Y NEGREDA¹⁴⁶, es una imitación de los principios y normas generales del Derecho Internacional en materias de Seguridad Social. Las rentas son reconocidas y abonadas por la institución competente del Estado a cuya legislación estuviera sujeto la víctima de la enfermedad cuando ésta se originó, siempre que se hubiera desempeñado en dicho Estado alguna actividad que pudiera provocar la enfermedad de que se trate.

2.2.6. La Recomendación Europea de 1990.

La Comisión en 1990, por medio de la Recomendación 90/326/CEE de 22 de mayo, actualizó la Recomendación de la Comisión de 13 de julio de 1962 sobre adopción de una lista europea de enfermedades profesionales.

Las Recomendaciones de 1962 y 1966 no se aplican, a pesar de las propuestas, dado que no se obtiene los resultados que se esperaban, según RODRIGUEZ SANTOS¹⁴⁷, a consecuencia de que no se contiene en el procedimiento ningún elemento de obligatoriedad para los destinatarios, pero sorprende que a pesar de ello se vuelva a utilizar en esta disposición la misma forma.

La Recomendación 90/326/CEE sólo se limita a instar a los Estados miembros para que cumplan las previsiones de las dos Recomendaciones anteriores, incorporando las dos listas de patologías profesionales, la básica y

¹⁴⁶ GARCIA DE CORTAZAR y NEGREDA, C.: "La protección de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales en las normas internacionales de ámbito regional: el Consejo de Europa", ob.cit. págs. 123-124.

¹⁴⁷ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales" en AA.VV.: *Las Enfermedades Profesionales*. ob. cit. pág. 107.

la complementaria, tras haberlas actualizado, por cuanto no habían sido actualizadas de manera periódica según las previsiones precedentes.

Se vuelve a proponer como mejor opción el sistema mixto. Para impulsar su aplicación se establece un periodo de tres años donde los Países miembros deberán informar en relación al alcance de las medidas adoptadas.

Junto a la lista de enfermedades también debería incluirse, como opina MORENO CALIZ¹⁴⁸, la opción de que se posibilitase al trabajador una indemnización cuando padeciese una enfermedad profesional, pero que no figurase en la lista, si se probase el origen profesional. Las enfermedades reconocidas en el Anexo II deberían otorgar derecho a reparación.

La Comisión de las Comunidades Europeas, para BERLIN, HAIG y MARTIN¹⁴⁹, entiende que existen dos grandes clases de afecciones de origen profesional y que deberían ser objeto de reconocimiento, declaración e indemnización en los Estados Miembros, a saber: una lista de afecciones cuyo origen profesional es incuestionable por la doctrina científica, y una segunda lista complementaria de enfermedades, que hay una sospecha que su etiología pueda ser profesional, y que en un futuro podrían ser incluidas en la lista anterior.

La Recomendación también se refiere a la formación del personal encomendado de aplicarlo.

La Comunicación de la Comisión Europea de 20 septiembre de 1996 evidenció¹⁵⁰ la imposibilidad de los Países miembros para incorporar la lista

¹⁴⁸ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*. ob. cit. págs. 379-380.

¹⁴⁹ BERLIN, A., HAIG, R. MARTIN, H.: "El Desarrollo de la protección de la salud laboral en la Comunidad Europea con referencia particular a las enfermedades profesionales", en *Jornadas Europeas Técnico-Sindicales sobre Enfermedades del Trabajo: Conocer para prevenir*. Valencia 1992. Editorial Feis. págs. 12-13.

¹⁵⁰ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales" en AA.VV.: *Las Enfermedades Profesionales*, ob. cit. pág. 108.

europea de enfermedades profesionales a sus respectivas legislaciones, pero transcurrieron siete años para ver publicado un nuevo cuadro de enfermedades profesionales.

2.2.7. La Recomendación Europea número 670 de 2003.

La lista europea de enfermedades profesionales, aprobada por la Comisión en la Recomendación de 19 de septiembre de 2003, sustituye con intención de mejorar la Recomendación 90/326/CE, la lista a la que pueden dar aplicación los Estados miembros en un plazo que finaliza el 31 diciembre de 2006, como señala LOPEZ GANDIA¹⁵¹, pese a que no se trate de una norma obligatoria, como lo es un Reglamento o una Directiva, sin embargo es una Recomendación que se sitúa en un contexto más amplio de la política europea como lo es la materia de prevención de riesgos y de tutela de la salud laboral, donde se pretende la creación de un marco europeo común que esta mejor coordinado en cuanto al propio concepto y en cuanto a la declaración, notificación, registro y recogida de datos de los países de la Unión¹⁵². En esta línea, GOMEZ-MILLAN HERENCIA¹⁵³, establece que uno de los ámbitos de la Recomendación 2003/670, fue la infradeclaración de las enfermedades profesionales en el territorio europeo, para los que se distinguen mecanismos de comunicación a la Unión Europea (en adelante UE) con la finalidad de crear

¹⁵¹ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en AA.VV, *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 18.

¹⁵² La Resolución del Consejo de 3 de junio de 2002, en la que se establecen las bases de una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo para el periodo de 2002-2006, con el objetivo de reducir el número de enfermedades profesionales, instando a los Estados miembros a armonizar las estadísticas de trabajo y enfermedades profesionales en curso. El Consejo tomo nota de integrar la salud y la seguridad en el trabajo en las demás políticas comunitarias, admitiendo la necesidad de reforzar, mediante la cooperación, los vínculos entre la nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad y la estrategia en materia de salud.

¹⁵³ GOMEZ-MILLAN HERENCIA, M^a.J.: "Marco normativo de la enfermedad profesional", en AA.VV.: *Las enfermedades profesionales*, ob.cit. pág. 62.

un registro de enfermedades europeas, facilitando en un futuro la inclusión de enfermedades profesionales.

Esta lista europea, según criterio de MORENO CALIZ¹⁵⁴, no es tan amplia como la lista de la OIT en relación al número de enfermedades profesionales que reúne, pero así mismo podemos hablar de una doble lista con diferentes efectos en la legislación nacional: una primera que los Estados miembros deben tener especialmente en cuenta en relación a la adopción de medidas preventivas, y una segunda lista, que es complementaria, y que debe ser tenida en cuenta por las legislaciones de los Estados en cuanto a los efectos de reparar e indemnizar por causa de la enfermedad profesional. Destaca, por encima de la indemnización del daño, la prevención de los daños derivados de la enfermedad profesional, prevención que resulta ser una constante a lo largo del texto de la Recomendación. La Comisión por medio de la Recomendación exhorta a los Estados miembros para que elaboren y mejoren las medidas de prevención que sean eficaces de las enfermedades profesionales recogidas en el Anexo I¹⁵⁵. La Recomendación en la Exposición de Motivos¹⁵⁶, otorga una especial importancia a la prevención intensificada de las enfermedades profesionales, como entiende RODRIGUEZ SANTOS¹⁵⁷, instando a los Estados miembros para que elaboren y mejoren las medidas de prevención,

¹⁵⁴ MORENO CALIZ, S.: “La lista española de Enfermedades Profesionales a la luz de recientes textos internacionales” en *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, núm. 52, 2004. pág. 122

¹⁵⁵ MORENO CALIZ, S.: “La lista española de Enfermedades Profesionales a la luz de recientes textos internacionales” en *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, núm. 52, 2004. pág. 123

¹⁵⁶ La Resolución del Consejo, de 3 de junio de 2002, sobre una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo (2002-2006) insta también a los Estados miembros a desarrollar y aplicar políticas de prevención coordinadas, coherentes y adaptadas a las realidades nacionales fijando, en este contexto, objetivos que puedan medirse en cuanto a la reducción de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, especialmente en aquellos sectores de actividad que registran tasas de incidencia superiores a la media. Los sistemas nacionales de salud pueden desempeñar una importante función para una mejor prevención de las enfermedades profesionales, en particular mediante una sensibilización del personal sanitario para mejorar el conocimiento y el diagnóstico de dichas enfermedades.

¹⁵⁷ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales” en AAVV *Las Enfermedades Profesionales*. ob. cit. pág. 108.

exigiéndoles que haya una mayor implicación de los servicios de salud en su declaración.

Con posterioridad a la Recomendación Europea 90/326 UE de 22 mayo 1990 debido al progreso científico y técnico, como señala GARCIA ORTEGA¹⁵⁸, se conocieron mejor los mecanismos de manifestación de algunas enfermedades, y para mejorar los mecanismos de prevención y recogida y equiparación de datos se adoptó la Recomendación 670/2003. En el artículo 1¹⁵⁹ realiza una serie de recomendaciones específicas, como señala

¹⁵⁸ GARCIA ORTEGA, J.: “La enfermedad profesional” en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob.cit. pág. 287; BLASCO LAHOZ, J.F. *Enfermedades Profesionales. Legislación, doctrina y jurisprudencia*. ob. cit. pág. 35.

¹⁵⁹ Sin perjuicio de las disposiciones nacionales legislativas o reglamentarias más favorables, se recomienda a los Estados miembros: 1) que introduzcan cuanto antes la lista europea que figura en el Anexo I en sus disposiciones legislativas, reglamentarias o administrativas relativas a las enfermedades cuyo origen profesional se ha reconocido científicamente, que pueden dar lugar a indemnización y que deben ser objeto de medidas preventivas; 2) que procuren introducir en sus disposiciones legislativas, reglamentarias o administrativas un derecho de indemnización por causa de enfermedad profesional para el trabajador afectado por una enfermedad que no figure en la lista del Anexo I pero cuyo origen y carácter profesional puedan establecerse, en particular si dicha enfermedad figura en el Anexo II; 3) que elaboren y mejoren medidas de prevención eficaz de las enfermedades profesionales recogidas en la lista europea del Anexo I, haciendo participar activamente a todos los agentes interesados y recurriendo, si fuera preciso, al intercambio de información, experiencias y buenas prácticas por medio de la Agencia europea para la seguridad y la salud en el trabajo; 4) que establezcan objetivos nacionales cuantificados para la reducción de las tasas de enfermedades profesionales reconocidas y, de forma prioritaria, de las que se mencionan en la lista europea del Anexo I; 5) que garanticen la declaración de todos los casos de enfermedades profesionales y que hagan que sus estadísticas de enfermedades profesionales vayan siendo paulatinamente compatibles con la lista europea del Anexo I y se ajusten a los trabajos en curso en el marco del programa estadístico comunitario sobre el sistema de armonización de las estadísticas europeas de enfermedades profesionales, de forma que, para cada caso de enfermedad profesional, se disponga de información sobre el agente o factor causal, sobre el diagnóstico médico y sobre el sexo del paciente; 6) que introduzcan un sistema de recogida de información o de datos sobre la epidemiología de las enfermedades descritas en el Anexo II o de cualquier otra enfermedad de carácter profesional; 7) 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 relacionados con el trabajo; 8) que 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; 9) que transmitan a la Comisión los datos estadísticos y epidemiológicos relativos a las enfermedades profesionales reconocidas a escala nacional y permitan el acceso a ellos a los medios interesados, en particular a través de la red de información creada por la Agencia europea para la seguridad y la salud en el trabajo; 10) que promuevan una contribución activa de los sistemas nacionales de salud a la prevención de las

BLASCO LAHOZ¹⁶⁰, destacando entre ellas, para GONZALEZ MARTINEZ¹⁶¹, la elaboración y mejora de medidas de prevención eficaz de las enfermedades profesionales recogidas en la lista europea, debiendo participar de una manera activa todos los agentes interesados y requiriendo, si fuera necesario, el intercambio de información, experiencias y buenas prácticas por medio de la Agencia europea para la seguridad y la salud del trabajo, garantizar una extensa difusión de los documentos de ayuda al diagnóstico de las enfermedades profesionales que estén incluidas en las listas nacionales, y en particular deberán tener en cuenta las notas de ayuda al diagnóstico de enfermedades profesionales publicadas por la Comisión.

La Recomendación 2003/670 en el artículo 2 establece que “ compete a los Estados miembros fijar por sí mismos los criterios para el reconocimiento de cada enfermedad profesional conforme a su legislación y sus prácticas nacionales vigentes”; por lo que actúa también, según expresa LOPEZ GANDIA ¹⁶², como objeto de armonización en el diagnóstico de la enfermedad profesional, teniendo en cuenta las notas de ayuda al diagnóstico dictadas en 1997¹⁶³, para uso y consulta por el personal médico de los servicios nacionales de salud para mejorar el conocimiento y diagnóstico de las enfermedades

enfermedades profesionales, en particular mediante una mayor sensibilización del personal médico para mejorar el conocimiento y el diagnóstico de estas enfermedades.

¹⁶⁰ BLASCO LAHOZ, J.F.: *Enfermedades Profesionales*, ob. cit. pág. 35. No se trata de una norma obligatoria como un reglamento o una directiva, sin embargo es una recomendación que se sitúa en un contexto más amplio de la política europea en materia de prevención de riesgos laborales y de salud laboral; LOPEZ GANDIA, J: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, en AA.VV, *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 18

¹⁶¹ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit., pág. 159.

¹⁶² LOPEZ GANDIA, J: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, en AA.VV, *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 19.

¹⁶³ Publicadas en 1999 por el Instituto de Medicina y Seguridad en el Trabajo.

profesionales y luchar contra su infradeclaración, fenómeno que se da mucho en los países de la Unión Europea y especialmente en España¹⁶⁴.

Por otra parte, la Recomendación europea de 2003 en el artículo cuarto, instaba a los Estados miembros a que informasen a la Comisión de las medidas adoptadas para dar curso a su contenido, estableciendo el límite de 31 de diciembre 2006.

La Recomendación 2003/670 recoge una doble lista, en la primera lista, Anexo I, según MORENO CALIZ¹⁶⁵, a pesar de que el contenido de la Recomendación no es obligatorio, al expresar la Comisión la incorporación de la misma a la legislación nacional está evidenciando un mayor compromiso para los Estados miembros, por cuanto se refiere a introducir cuanto antes la lista europea. Por lo que la lista del Anexo I debería estar incluida en las legislaciones nacionales, en la medida que recoge aquellas enfermedades de reconocido origen profesional, científicamente hablando, que pueden dar lugar a indemnización y que deben ser objeto de prevención.

Así, la Recomendación 2003/607 y desde el punto de vista científico, acentúa por encima de la indemnización del daño la prevención de los daños derivados de la enfermedad, prevención que es constante a lo largo del texto de la Recomendación, y en concreto a las enfermedades profesionales recogidas en el Anexo I. En relación a las enfermedades de la lista del Anexo II persiste en que los Estados miembros promuevan la investigación en el ámbito de las enfermedades relacionadas con una actividad profesional,

¹⁶⁴ A ello se refiere también la Recomendación 194 de la OIT de 2002 que establece pautas para el establecimiento, revisión y aplicación de sistemas nacionales de registro de enfermedades profesionales, con el objetivo de mejorar los procedimientos de identificación y registro y notificación de las mismas a fin de determinar sus causas, y de promover una armonización de los sistemas nacionales de registro y notificación, así como de un procedimiento simple de mantener actualizada la lista de enfermedades profesionales.

¹⁶⁵ MORENO CALIZ, S.: "La lista española de Enfermedades Profesionales a la luz de recientes textos internacionales" en *Revista del Ministerio de Trabajo e inmigración*, núm. 52, 2004., págs. 122-123.

especialmente las incluidas en éste Anexo y aquellas dolencias o trastornos de carácter psicosocial relacionados con el trabajo. También señala la Comisión, en relación a las enfermedades del Anexo II, que los Estados miembros procurarán introducirlas en sus respectivas legislaciones.

Cabe recordar con MORENO CALIZ¹⁶⁶ que, la Recomendación hace referencia a subdeclaración o infradeclaración de enfermedades profesionales, que debe ser corregida por los Estados miembros, quienes deberían garantizar la declaración de todos los casos de enfermedades profesionales, ajustándose a los criterios de armonización de las estadísticas europeas de enfermedades profesionales. Por tanto, lo que se pretende es conseguir unos mismos resultados y que se pueda disponer como mínimo de la siguiente información: datos sobre el agente o factor causal, sobre el diagnóstico médico y sobre el sexo del paciente.

Como particularidades respecto a la etapa anterior, como señala RODRIGUEZ SANTOS¹⁶⁷, podemos destacar por una parte la nueva ordenación de la lista básica, que incluye cinco grupos de enfermedades: 1- agentes químicos, 2- agentes físicos; 3- agentes infecciosos y parasitarios; 4- enfermedades de la piel; y 5- enfermedades provocadas por inhalación; también podemos destacar por otra parte su actualización, por cuanto incorpora a la misma nuevas patologías de especial interés, sobre todo, las que se refieren a los trastornos musculoesqueléticos, en conformidad con el incremento que han experimentado en las últimas décadas. No obstante la lista siguen siendo incompleta, no solo por dejar fuera enfermedades que ya eran reconocidas en varios Estados miembros en sus respectivas legislaciones, como sucede con el cáncer de laringe por contacto con el amianto y otras

¹⁶⁶ MORENO CALIZ, S.: "La lista española de Enfermedades Profesionales a la luz de recientes textos internacionales" en *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, núm. 52, 2004. pág. 123-124.

¹⁶⁷ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales" en AAVV *Las Enfermedades Profesionales*. ob. cit. pág. 108.

patologías dorso-lumbares, sino además por no plantearse la integración de algunos de los trastornos de carácter psicosocial cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años, simplemente se limita la Recomendación a invitar a los Estados a que promuevan la investigación en este entorno.

A diferencia de lo que ocurre en la Recomendación 194 de la OIT, para MORENO CALIZ¹⁶⁸, la Recomendación Europea 2003/670 no establece una cláusula de cierre que permita reconocer como enfermedad profesional otra diferente a las que se encuentran descritas en el Anexo, sólo establece dos excepciones: a) la que se incluye en el grupo 2 de las enfermedades profesionales de la piel y cánceres cutáneos, que incluye las afecciones cutáneas provocadas en el medio profesional por sustancias alergizantes o irritativas que estén reconocidas científicamente y que no se hayan considerado en otros epígrafes; b) la que se incluye en el grupo de enfermedades infecciosas o parasitarias, que se refiere a otras enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, curas médicas, asistencia domiciliaria y otras actividades similares en las que se ha probado un riesgo de infección.

La segunda lista, Anexo II, sigue una configuración semejante al Anexo I, enfermedades cuyo origen y carácter profesional, con un grado de certeza moderado, que podrían establecerse en un futuro como enfermedades profesionales por su incuestionable sospecha de conexión con el ámbito laboral. La Comisión exhorta a los Estados miembros a asumir el compromiso de introducir en sus disposiciones legislativas, reglamentarias o administrativas, un derecho de indemnización para el trabajador afecto por una enfermedad de las incluidas en la lista del Anexo II.

¹⁶⁸ MORENO CALIZ, S.: "La lista española de Enfermedades Profesionales a la luz de recientes textos internacionales" en *Revista del Ministerio de Trabajo e inmigración*, núm. 52, 2004. pág. 125.

La lista de enfermedades del Anexo II en opinión de MORENO CALIZ¹⁶⁹, es complementaria, por cuanto la causa profesional se sospecha pero científicamente no está probada, y en consecuencia se podría incluir en un futuro más o menos cercano en la lista europea, Anexo I, de enfermedades profesionales. Podemos decir que hay dos criterios de clasificación de las enfermedades listadas en el Anexo II: por una parte por el agente concreto que origina las enfermedades, así localizamos aquellas enfermedades provocadas por ciertos agentes químicos, en éste sentido aparecen enfermedades provocadas por agentes químicos como el ozono, plata, selenio, cobre, zinc, magnesio, tantalio, titanio, nombrando hasta 25 agentes¹⁷⁰, y por agentes físicos, en concreto tres agentes físicos: arrancamientos por sobreesfuerzos de la apófisis espinosas, discopatías de la columna dorsolumbar causadas por vibraciones verticales repetidas de todo el cuerpo y, destaca que se incluya entre las posibles enfermedades profesionales a aquellas afecciones consistentes en “nódulos de las cuerdas vocales a causa de los esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales”¹⁷¹, si bien en un principio parece dirigida a ciertos profesionales de la música, cantantes, antes que a los profesionales de la enseñanza, pero como no identifica al profesional víctima de la enfermedad, se acepta la inclusión tanto de una profesión como de otra; y por otra parte, el otro criterio de clasificación de las enfermedades listadas, las enfermedades causadas por agentes o sustancias no incluidas en otros epígrafes como las afecciones cutáneas alérgicas y ortoérgicas no reconocidas en el Anexo I, o las enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no incluidos en otros epígrafes¹⁷²; se incluyen enfermedades provocadas por la inhalación de sustancias no incluidas en otros epígrafes como fibrosis

¹⁶⁹ MORENO CALIZ, S.: “La lista española de Enfermedades Profesionales a la luz de recientes textos internacionales” en *Revista del Ministerio de Trabajo e inmigración*, núm. 52, 2004. pág. 125,127.

¹⁷⁰ Anexo II. 2.1.

¹⁷¹ Anexo II. 2.5.

¹⁷² Anexo II. 2.2.

pulmonares debidas a metales no incluidos en la lista europea¹⁷³, como afecciones y canceres broncopulmonares consecutivos de la exposición al hollín, alquitrán, asfalto, brea, antraceno o sus compuestos, los aceites y grasas minerales¹⁷⁴, o el cáncer de laringe provocado por la inhalación de polvos de amianto¹⁷⁵, afecciones respiratorias, en concreto el asma, causadas por sustancias irritativas no incluidas en el Anexo I¹⁷⁶; y por último, también encontramos las enfermedades infecciosas y parasitarias no descritas en el Anexo I¹⁷⁷.

La Comisión europea, como expresa RODRIGUEZ SANTOS¹⁷⁸, recomienda que se eliminen los límites impositivos o condiciones restrictivas en cuanto a la determinación de los riesgos profesionales y ampliar los efectos protectores de la presunción legal, por lo que se recomienda a los Estados miembros un sistema de lista que se pueda actualizar. La Estrategia Comunitaria de Salud y Seguridad en el Trabajo para el periodo 2007-2012, de 21 de febrero 2007, mantenía la línea de disminuir de manera continua, duradera y uniforme los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, por lo que se establecía entre los objetivos fundamentales hacer frente a los nuevos riesgos del trabajo, y que van aumentando¹⁷⁹, como consecuencia de las innovaciones tecnológicas¹⁸⁰, del desarrollo de nuevos factores de riesgo y de las transformaciones del trabajo que cambian continuamente de naturaleza. La investigación científica es el principal mecanismo para identificar las enfermedades profesionales, y también para

¹⁷³ Anexo II. 2.3.

¹⁷⁴ Anexo II. 2.3. 2.303.

¹⁷⁵ Anexo II. 2.3. 2.308.

¹⁷⁶ Anexo II. 2.3. 2.307.

¹⁷⁷ Anexo II. 2.4.

¹⁷⁸ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales" en AAVV *Las Enfermedades Profesionales*. ob. cit. pág. 109.

¹⁷⁹ Como son los trastornos y alteraciones derivadas de presiones psicológicas.

¹⁸⁰ Vid. PEREZ ALONSO, M.A.: "Las distintas formas de accidente de trabajo", en AA.VV. *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob.cit.

buscar soluciones preventivas adecuadas y de tecnologías innovadoras, priorizando en las cuestiones psicosociales¹⁸¹, los trastornos osteomusculares¹⁸², sustancias peligrosas, conocer los riesgos que pueden afectar a la reproducción, la gestión de la salud y la seguridad, los riesgos derivados de factores cruzados¹⁸³, y los riesgos potenciales relacionados con la nanotecnología¹⁸⁴. La finalidad es que se unifiquen todos los sistemas del entorno europeo, porque al aplicar concretamente la legislación comunitaria hay diferencias considerables de un Estado miembro a otro.

La dificultad se proyecta sobre todo debido a la libre circulación de trabajadores¹⁸⁵ y la diferente calificación de algunas patologías en los diferentes Estados miembros, en atención al reconocimiento de la enfermedad como profesional, por cuanto no hay criterios de unificación en el registro de estas enfermedades cuando los trabajadores han pasado la mayor parte de su vida laboral en un país comunitario y se produce la contingencia en otro diferente. Por este motivo es necesario que se produzca una base común y compartida de información entre los Países miembros, que sirviera para normalizar los principios de calificación. En ésta dirección se ha manifestado la última Estrategia de Salud y Seguridad en el Trabajo, de la unión Europea, para el periodo 2012-2020, aunque observa que es difícil en cuanto a las enfermedades profesionales y las relacionadas con el trabajo, por lo que se ha dispuesto: como reto mejorar la recogida de datos estadísticos y desarrollar la

¹⁸¹Vid. IGARTUA MIRO, M.T.: "La nueva lista de enfermedades profesionales y la inmovilidad respecto de las dolencias derivadas de los riesgos psicosociales", en *Aranzadi Laboral* núm. 22-2007; MELENDEZ MORILLO-VELARDE, L.: "Nuevas tecnologías y riesgos psicosociales", en *Revista Española de Derecho del Trabajo* núm.184-2016. BIB2016/704

¹⁸²Vid. MARITNEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*. Valencia 2002. Editorial Tirant lo Blanc.

¹⁸³ Como puede ser organización de trabajo y diseños de los lugares de trabajo, ergonomía, o exposición combinada a agentes físicos y químicos.

¹⁸⁴ Vid. MERCADER UGINA, J.R.: *El futuro del trabajo en la era de la digitalización y la robótica*. Valencia 2017. Editorial Tirant lo Blanch.

¹⁸⁵ Vid. "Sobre la circulación de trabajadores y sus problemas", en AA.VV.: *Libertad de circulación y derecho de protección social en la Unión Europea. Un estudio de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia*. Juruá Editorial. 2016.

base de información y exhortar a los expertos en estadística nacionales y de la Unión Europea a colaborar para mejorar en la recogida de datos y establecer sugerencias comunes; observar la posibilidad de la transmisión de datos entre la Comisión y las autoridades nacionales competentes; iniciar el debate en el Comité Consultivo para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, orientado a formular recomendaciones acerca de una base de datos común sobre los riesgos profesionales.

2.3. Comparación de las listas internacionales con la lista española del RD 1995/1978 de 12 de mayo.

Tanto cuando se adoptó la Recomendación 194 por la OIT en 2002, como la Recomendación 670/2003 por la Unión Europea, en nuestro ordenamiento estaba vigente la lista regulada por el Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo.

2.3.1. La lista del RD 1995/1978.

El catálogo del RD 1995/1978, como señala RODRIGUEZ SANTOS¹⁸⁶, tenía como referencia las Recomendaciones europeas de 1962 y de 1966, reproduciendo casi igual la lista europea de enfermedades profesionales, si bien supuso un cierto avance frente a la anterior lista¹⁸⁷, contenida en el Decreto 792/1961 de 13 abril. En el RD 1995/1978 se organiza el aseguramiento de las enfermedades profesionales y la protección de grandes inválidos, y reordenaba el cuadro de enfermedades profesionales. Se trataba

¹⁸⁶ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales" en AAVV *Las Enfermedades Profesionales*, ob. cit., pág. 112; LOPEZ GANDIA, J.: "La acción protectora. Las contingencias protegidas", en *Curso de Seguridad Social*, ob. cit., pág. 286.

¹⁸⁷ GARCIA ORTEGA, J.: "La enfermedad profesional" en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 297.

de la configuración del sistema cerrado, como expresa BLASCO LAHOZ¹⁸⁸, el que había optado la LGSS, de tal manera que cuando surgía una enfermedad nueva, desconocida, que no estaba incluida en el RD 1995/1978 había que acudir al artículo 115.2.e (actual 156.2.e) LGSS) y considerarla como accidente de trabajo, mientras no se actualizara el mencionado RD 1995/1978. En este mismo sentido se expresa la doctrina judicial, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 13 de mayo 2003 (recurso núm. 630/2002) establece “No está de más recordar que pese a la discusión doctrinal sobre si la lista actualmente vigente y regulada por el RD 1995/1978, es o no una lista abierta, cabe afirmar que en nuestro ordenamiento jurídico sigue vigente un sistema de lista cerrada, de manera que, por lo menos en cuanto al conjunto de los apartados del citado RD 1995/1978, cuando surja una enfermedad nueva, desconocida, no incluida en el RD 1995/1978, habrá que acudir al artículo 115.2.e (actual 156.2.e) LGSS) y considerarla accidente de trabajo, hasta que no se modifique y se actualice el Decreto por el gobierno. Solo en el caso Ardystil, Resolución de 30 de diciembre 1993 (si bien de manera provisional) hizo una interpretación abierta del sistema lista, situando el síndrome en un apartado del RD 1995/1978, aunque no se haya precisado en concreto el agente causante”¹⁸⁹.

También hay que tener en cuenta que, casi todas las enfermedades listadas se centralizaban, como expresa CAVAS MARTINEZ¹⁹⁰, en los sectores

¹⁸⁸ BLASCO LAHOZ, J.F.: *Enfermedades profesionales. Legislación, doctrina y jurisprudencia*, ob. cit. pág. 48.

¹⁸⁹ En el mismo sentido STSJ de Cataluña 14 de abril 2005 (recurso núm. 271/2004); STSJ de Cantabria de 25 mayo 2005 (recurso núm. 325/2005) “ el sistema de lista cerrada, vigente en nuestro ordenamiento, veda la posibilidad de que mediante la interpretación extensiva, la analogía o la valoración judicial, puedan añadirse nuevas enfermedades profesionales surgidas con la evolución de la producción, de la tecnología y de los conocimientos médicos y científicos”.

¹⁹⁰ CAVAS MARTINEZ, F. y FERNANDEZ ORRICO, F.J.: La cobertura de las contingencias profesionales en el sistema español de Seguridad Social. Navarra 2005. En *Cuadernos de Aranzadi Social*, núm. 24/2005. BIB 2005/2652.

primario y secundario de la economía, no en el terciario.

Por otra parte, si bien la lista de 1978 era rígida, como afirma SEMPERE NAVARRO¹⁹¹, pero no inmodificable, porque cada norma ha de ceder ante una norma de rango jerárquico superior, o posterior y que posea el mismo rango porque el RD 1995/1978 preveía un mecanismo de actualización; en este mismo sentido se expresa MORENO CALIZ¹⁹², al considerar que pese a que el sistema de lista es un sistema cerrado, al tener en cuenta que sólo son enfermedades profesionales las que previamente se citan en la misma, pero no obstante existen elementos de flexibilidad que desvirtúan la consideración de lista cerrada, como es el caso de que no fija todos los trabajos con riesgo de producir enfermedades profesionales, tampoco se concretan de forma clara y específica todos los agentes enfermantos, introduciendo de esta manera un elemento de flexibilidad, y esto ha servido a la jurisprudencia para extender los supuestos de reconocimiento de enfermedades profesionales, donde la relación con el trabajo es evidente. En el mismo sentido se expresa GARCIA ORTEGA¹⁹³, al considerar que la lista de 1978 permitía una mayor flexibilidad en la determinación de la relación de causalidad, por cuanto ni la lista condicionaba calificar la enfermedad profesional a la exposición a una determinada permanencia del trabajador en el ambiente laboral con el riesgo concreto, ni tampoco contenía las únicas actividades que causarían las enfermedades profesionales. Por su parte la actividad judicial ha sido muy flexible, por cuanto incluía actividades que no estaban listadas o supuestos donde no se concretaba el agente enfermante.

¹⁹¹ SEMPERE NAVARRO, A.V.: "La protección de la enfermedad profesional: planteamientos para su modificación" en *Aranzadi Social* núm. 5/2001. BIB 2001/731.

¹⁹² MORENO CALIZ, S.: "La tutela de la enfermedad profesional: aspectos controvertidos: aspectos controvertidos", *Aranzadi Social*, núm. 9, 2001, BIB 2001/990.

¹⁹³ GARCIA ORTEGA, J.: "La enfermedad profesional" en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob.cit., págs. 297-298

2.3.2. Comparación la lista española del RD 1995/1978 con la Recomendación 194 de OIT de 2002 y la Recomendación de la UE 670 de 2003.

Si se realiza una breve comparación de la normativa internacional en materia de enfermedad profesional, en el año 2003, con el RD 1995/1978, se comprueba la necesidad de la actualización de la citada lista española.

La lista española tenía una estructura muy similar a la lista europea del Anexo I, según MORENO CALIZ¹⁹⁴, que para empezar establecía el mismo grupo de enfermedades profesionales, salvo uno, presente en la lista española, pero que no encontramos en la lista europea, que son: las enfermedades sistémicas, que incluyen distintos cánceres profesionales.

Respecto a la lista europea del Anexo II se puede advertir que nuestra lista había procedido a incorporar algunos de los agentes químicos que son sospechosos de provocar enfermedades profesionales, como los alcoholes o sus derivados halogenados, el talio y sus componentes o los éteres y sus derivados. Así el legislador europeo incluye a unos en el Anexo I y al resto, no comprendidos en el Anexo I, según la clasificación química europea de sustancias los incluye en el Anexo II¹⁹⁵. Sin embargo, otras enfermedades como las provocadas por la inhalación de polvo de nácar, enfermedades provocadas por sustancias hormonales o caries dental debida al trabajo en industrias chocolateras, del azúcar y de la harina incluidas en el grupo de enfermedades provocadas por agentes químicos no han sido contempladas por

¹⁹⁴ MORENO CALIZ, S.: La lista española de Enfermedades Profesionales a la luz de recientes textos internacionales. Ob. cit. página 127.

¹⁹⁵https://www.unece.org/fileadmin/DAM/trans/danger/publi/ghs/ghs_rev06/Spanish/ST-SG-AC10-30-Rev6sp.pdf

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?qid=1447165123284&uri=CELEX%3A02006R1907-20150925>

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_726.pdf

el legislador español, pero que están actualmente, en Anexo II del RD 1299/2006 de 10 de noviembre.

En relación a las enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no incluidos en otros epígrafes, como describe MORENO CALIZ¹⁹⁶, la lista española era bastante flexible. Es cierto que hay una identificación de la enfermedad (cáncer cutáneo y lesiones cutáneas precancerosas), identificación de los agentes causantes (hollín, alquitrán, betún, brea, antraceno, aceites minerales, parafina bruta y sus compuestos, productos y residuos de estas sustancias y otros factores cancerígenos), e identificación de las actividades, pero también, no es menos cierto que, en este epígrafe, hay una cláusula abierta, pues permite incluir aquellas afecciones cutáneas provocadas en el medio profesional por sustancias no consideradas o mencionadas en otros apartados, siempre que se adquieran en toda industria o trabajo en el que se encuentre en contacto con sustancias sólidas, líquidas, polvos, vapores, etc. en cualquier tipo de actividad. Por lo tanto, como expresa MORENO CALIZ¹⁹⁷ en este epígrafe la lista española era más abierta que la europea, ya que permitía considerar cualquier trabajo y cualquier sustancia que pueda exponer al trabajador a sustancias que provoquen enfermedades profesionales de la piel.

Las enfermedades provocadas por inhalación de sustancias no incluidas en otros epígrafes que se incluyen en el Anexo II de la lista europea tenían cabida parcial en la lista española, ya que algunas estaban expresamente incluidas, como ocurre con el asma profesional o determinadas afecciones broncopulmonares debidas a ciertos metales. No obstante, en este epígrafe

¹⁹⁶ MORENO CALIZ, S.: La lista española de Enfermedades Profesionales a la luz de recientes textos internacionales, ob. cit. pág. 128.

¹⁹⁷ MORENO CALIZ, S.: La lista española de Enfermedades Profesionales a la luz de recientes textos internacionales, ob. cit. pág. 128.

como expresa MORENO CALIZ¹⁹⁸, la lista europea es más amplia, al incluir el cáncer de laringe producido por inhalación de polvos de amianto, afecciones broncopulmonares debidas a fibras minerales artificiales, afecciones broncopulmonares debidas a fibras sintéticas, fibrosis pulmonares debidas a metales no incluidos en el Anexo I de la lista europea, afecciones y cánceres broncopulmonares consecutivos a la exposición al hollín, alquitrán, brea, antraceno o sus compuestos, aceites y grasas minerales.

Las enfermedades profesionales infecciosas y parasitarias que se puedan incluir en un futuro en la lista europea están por definir, ya que se refieren a aquellas enfermedades parasitarias no incluidas en el Anexo I y a enfermedades tropicales.

Por lo que se refiere al grupo de enfermedades provocadas por agentes físicos se proponen tres enfermedades a incluir en la lista europea como son los arrancamientos por sobreesfuerzo de las apófisis espinosas, las discopatías de la columna dorsolumbar causadas por vibraciones verticales repetidas de todo el cuerpo y los nódulos de las cuerdas vocales a causa de los esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales, ésta última no tiene similitud con ninguna enfermedad incluida en la lista española; en cambio la lista española incluía el arrancamiento por fatiga de las apófisis espinosas y las enfermedades osteo-articulares o agioneuróticas provocadas por las vibraciones mecánicas.

Comparando la lista internacional que elabora la OIT, la lista española incluía más agentes químicos en el primer grupo de enfermedades, cuarenta y tres frente a treinta y uno de la OIT. Sin embargo, la lista internacional contiene una cláusula abierta que permite incluir a cualquier enfermedad causada por un agente químico que no se haya mencionado antes, cuando exista un vínculo

¹⁹⁸ MORENO CALIZ, S.: La lista española de Enfermedades Profesionales a la luz de recientes textos internacionales, ob. cit. pág. 128.

entre la exposición y la enfermedad, por lo que permite considerar enfermedades del trabajo como enfermedades profesionales y no como accidentes de trabajo, como ocurre en nuestro ordenamiento jurídico.

En relación a las enfermedades causadas por agentes físicos la lista de la OIT mejora la lista española porque incluye no sólo las enfermedades causadas por radiaciones ionizantes¹⁹⁹, sino también aquellas otras que traen su causa de la exposición a radiaciones térmicas, ultravioletas y enfermedades causadas por temperaturas extremas (insolación, congelación, etc.)

Se puede concluir que la lista de enfermedades profesionales, en su momento del Real Decreto 1995/1978, vigente en nuestro ordenamiento jurídico cuando se adoptaron, según describe MORENO CALIZ²⁰⁰, la lista de la OIT en 2002 y la lista europea en 2003, presenta más similitudes con la lista europea que con la lista internacional de la OIT.

Por otra parte, no solo la lista europea sino la lista internacional han sido elaboradas priorizando antes la prevención de las enfermedades que incluyen en su texto, como expresa MORENO CALIZ²⁰¹, que en la reparación del daño que producen en la salud de los trabajadores. El esquema de ambas listas es muy similar, al agrupar las enfermedades por características comunes, identificando, en algunos casos, el agente o sustancia enfermante y, en otros, el aparato o parte del cuerpo afectado por la enfermedad, pero no establecen la actividad o actividades concretas que pueden generar o producir esas patologías, a diferencia de lo que hacia la lista española de 1978.

¹⁹⁹ Vid. PEREZ ALONSO, M.A.: "Las distintas formas de accidente de trabajo", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. págs. 9-25.

²⁰⁰ MORENO CALIZ, S.: La lista española de Enfermedades Profesionales a la luz de recientes textos internacionales, ob. cit. página 129.

²⁰¹ MORENO CALIZ, S.: La lista española de Enfermedades Profesionales a la luz de recientes textos internacionales, ob. cit. página 129.

La lista española de 1978 de enfermedades profesionales era un cuadro de enfermedades que daba lugar a reparación, es decir, el legislador quería vincular el reconocimiento o calificación de la enfermedad profesional con las prestaciones de la Seguridad Social, según el artículo 116 (actual 157) de la LGSS, que en líneas generales, da lugar a la reparación del daño. La lista española no contemplaba las enfermedades profesionales desde una perspectiva de la prevención. En cambio la Recomendación núm. 194 de OIT de 2002, revisada en 2010, se planteaba la obligación, como describe GONZALEZ MARTINEZ²⁰², de la autoridad competente nacional de elaborar una lista de enfermedades profesionales con la prioridad de la prevención, si bien también pretendía otros fines como el registro, notificación y de ser procedente la indemnización, según el procedimiento adecuado a las condiciones de cada Estado y si es necesario previa consulta con las organizaciones de empresarios y de trabajadores mas representativos.

Por su parte, también la elaboración de la lista europea se enmarcó, como expresa GONZALEZ MARTINEZ²⁰³, dentro de la estrategia comunitaria de seguridad y salud que diseñó el Consejo²⁰⁴ para conseguir una verdadera cultura de la prevención, en la que todos los agentes implicados juegan un papel importante. En este sentido, los gobiernos de los estados miembros son instados a desarrollar y promocionar esa cultura de la prevención a través de acciones específicas que diseña el Consejo en aquella estrategia comunitaria.

²⁰² GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones*, ob.cit. pág. 159.

²⁰³ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones*, ob.cit. pág. 159.

²⁰⁴ La Resolución de 3 de junio 2002 del Consejo, publicada en el DOC-UE 161 de 5 de julio de 2002, establecía las bases de la nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo para los años 2002-2006. El primer objetivo que debían tener en cuenta tanto el Consejo como la Comisión es la reducción del número de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, instando a los agentes implicados a fijarse objetivos cuantificados, en el marco de la armonización de las estadísticas de trabajo y enfermedades profesionales que se encuentren en desarrollo. Expresamente el Consejo invita a la Comisión y a los Estados miembros a reforzar los trabajos que se encuentren iniciados sobre la concordancia de las estadísticas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, para poder disponer de datos comparables para poder realizar la evaluación de manera objetiva el impacto y la eficacia de las medidas en el contexto de la nueva estrategia comunitaria.

Lógicamente en este ámbito se incluye la prevención de las enfermedades profesionales.

En el año 2006 el Estado español, actualizó el cuadro de enfermedades profesionales mediante el Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre, que más tarde se analizará, donde figura el actual cuadro de enfermedades profesionales. El RD 1299/2006, vino a sustituir al anterior de 1978, el cual se podía catalogar de obsoleto y anticuado, pues no se adaptaba a los principios que configuran la cultura de la prevención de los riesgos laborales²⁰⁵.

2.3.3. Proceso, análisis y planteamiento hacia una nueva regulación de la lista de enfermedades profesionales. Desde el RD 1995/1978 al RD 1299/ 2006.

El RD 1995/1978 mantenía el sistema de lista cerrada, por cuanto partía de la calificación como enfermedad profesional para las que estaban incluidas en el catálogo, como señala RODRIGUEZ SANTOS²⁰⁶, precisamente por este motivo no tardaría mucho tiempo en ponerse en evidencia los defectos que presentaba este sistema de protección y que, sin embargo ha permanecido vigente hasta 2006.

Por otra parte, cuando se trataba de introducir nuevas enfermedades o nuevas sustancias o nuevos elementos que pudieran desencadenarlas, como expresa GARCIA ORTEGA²⁰⁷, tiene en exclusiva la competencia la autoridad administrativa para dictar normas de aplicación y desarrollo de la LGSS, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y que deberá contar con el informe preceptivo del Ministerio de Sanidad y Consumo, de conformidad con el artículo 116.2 (actual 157.2) LGSS. Por lo que no podía hablarse desde el

²⁰⁵ MORENO CALIZ, S.: La lista española de Enfermedades Profesionales a la luz de recientes textos internacionales.

²⁰⁶ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales” en Las Enfermedades Profesionales, ob. cit. pág. 112.

²⁰⁷ GARCIA ORTEGA, J.: “La enfermedad profesional” en *El accidente de trabajo...* ob.cit. págs. 298-299.

punto de vista formal, como expresa RODRIGUEZ SANTOS²⁰⁸, de una lista inamovible, por cuanto el propio RD 1995/1978, en el artículo 2º, establecía la posibilidad de modificar el cuadro por el procedimiento previsto en el mismo. Pero la realidad fue que, el cuadro había quedado desfasado, porque en más de veintiocho años, no se había modificado pese a las transformaciones producidas en los sistemas de trabajo, y en los avances de los conocimientos médicos.

La lista de enfermedades profesionales española de 1978, apenas fue modificada desde que fuera publicada, como expresa BLASCO LAHOZ²⁰⁹, la primera fue el RD 2821/1981 de 27 noviembre, en cumplimiento del Convenio 42 de la OIT, que incorporó una nueva enfermedad el carbunco en las actividades de carga, descarga y transporte de mercancías; y la segunda mediante la Resolución de 30 de diciembre 1993, de la Secretaria General de la Seguridad Social, por la que se consideró de manera provisional como enfermedad profesional la detectada en las industrias del sector textil de la Comunidad Valenciana y que se denominaba “síndrome Ardystil” o “neuropatía intersticial difusa”, mientras se identificaba el agente que la desencadenaba y así se podía proceder de manera definitiva a su calificación.

Por otra parte, además de los inconvenientes para actualizar la lista se incorporaba, como expresa RODRIGUEZ SANTOS²¹⁰, la ineficacia del procedimiento de calificación de las enfermedades profesionales, como así quedó patente por varios informes de expertos, como consecuencia por una parte, a la regulación insuficiente de las obligaciones documentales, y por otra, al infrarregistro de las patologías. Según los datos registrados, había una

²⁰⁸ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales” en *Las Enfermedades Profesionales*, ob. cit., pág. 113.

²⁰⁹ BLASCO LAHOZ, J.F.: *Enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 49; RODRIGUEZ SANTOS, E. “El cuadro de enfermedades profesionales” en *Las Enfermedades Profesionales*, ob. cit., pág. 113.

²¹⁰ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales” en *Las Enfermedades Profesionales*, ob. cit., pág. 114.

contradicción entre el número de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, pues España era un país con un mayor porcentaje de incidencia de accidentes de trabajo, incluso por encima de la media europea, mientras que la enfermedad profesional tenía una incidencia muy baja.

En virtud de la situación existente en los años noventa se empezaron a escuchar voces que reclamaban, como señala RODRIGUEZ SANTOS²¹¹, revisión en profundidad del sistema de protección de la enfermedad profesional, ante el exceso de rigidez en la aplicación de la lista, y del procedimiento de modificación y del proceso de notificación y registro. Pero la necesidad de reforma respondía a motivos más genéricos, como expresa también BLASCO LAHOZ²¹², la lista era parcial al ignorar factores multicausales, estaba desfasada, pues no se producía una actualización y adaptación tanto a los cambios tecnológicos, como a la forma de trabajar y a las nuevas sustancias que se utilizaban en los procesos productivos.

No obstante la doctrina judicial se manifestaba al respecto, realizando como expresa RODRIGUEZ SANTOS²¹³, una interpretación amplia por la vía judicial, cuando apareciendo la sustancia y la actividad, la enfermedad no constaba en la lista. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Las Palmas 9 de marzo 1993 (recurso núm. 74/1993), o cuando declara la existencia de enfermedad profesional en los supuestos encuadrados en epígrafes con una enumeración no exhaustiva, caso de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 19 de marzo 1996 (recurso 1033/1995), o cuando no se indicaba el agente o sustancia enfermante la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria 7 de

²¹¹ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales" en AA.VV. *Las Enfermedades Profesionales*. ob. cit. pág., 114.

²¹² BLASCO LAHOZ, J.F.: *Enfermedades profesionales*, ob. cit., pág.51.

²¹³ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales" en AA.VV. *Las Enfermedades Profesionales*. ob. cit., pág. 114.

julio 1999 (recurso núm. 299/1998); como la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Burgos, 2 de julio 2003 (recurso núm. 607/2003) que puntualizó que, en cualquier caso, el carácter cerrado de la lista de enfermedades profesionales no significa que su interpretación y aplicación deba prescindir de los instrumentos hermenéuticos con el que ha de determinarse el ámbito de eficacia de cualquier norma jurídica.

CAPITULO III

LA DISTINCIÓN DE RIESGOS EN CUANTO A SU ORIGEN.

3.1 Privilegios de los riesgos profesionales.

Los daños ocasionados al trabajador en el trabajo, tanto si son enfermedades como secuelas de accidentes de trabajo, efectivamente se consideran como profesionales, y tal y como considera GONZALEZ ORTEGA²¹⁴, para que unos daños se consideran como profesionales significa que deben existir otros que no estén provocados por el trabajo, que estén provocados por otros factores que no guarden ninguna relación con el trabajo, es decir ajenos a la actividad profesional. Desde el punto de vista de la prevención esta dualidad no se puede evitar, si el riesgo no es profesional no hay responsabilidad por el empresario. Pero desde el punto de vista de la protección social, como la atención se centra en las situaciones de necesidad protegidas y no en la causa, la dualidad de contingencias es evitable.

A finales del siglo XIX se evidencia que el trabajo es el causante de numerosas lesiones, surge la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero 1900, para articular la reparación de los daños causados por el trabajo. La Ley establecía la responsabilidad empresarial por los accidentes de trabajo, calificando como responsabilidad objetiva, si el accidente ocurría en lugar y tiempo de trabajo, por lo tanto la calificación como profesional suponía tener derecho a la protección. Por tanto la protección de los riesgos profesionales suponía que idénticas situaciones de necesidad pero causadas por riesgos no profesionales o comunes quedaban desprotegidas, y sucedía así porque no

²¹⁴ GONZALEZ ORTEGA, S.: "Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia", en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., págs. 27-28.

había una tutela social generalizada de riesgos comunes, porque solo las contingencias profesionales eran responsabilidad del empresario.

Pero posteriormente, como expresa GARCIA ORTEGA²¹⁵, la Ley de Bases de la Seguridad Social, de 28 de diciembre 1963, proponía que la protección social desplegara la tutela a una extensa variedad de necesidades causadas tanto por la actividad laboral como fuera de ella, y protegerse las situaciones de necesidad de igual forma independientemente de si la causa que las hubiera producido era profesional o no. Pero este propósito no prospero.

La doble distinción accidente de trabajo y accidente común, y la enfermedad profesional y la enfermedad común siguen mostrando una especial importancia en el sistema de Seguridad Social. Si bien es cierto que hay diferencias en el tratamiento, pero también hay reglas que han aproximado el régimen jurídico en cuanto a la protección social. El régimen de prestaciones de las contingencias profesionales siempre ha actuado de ejemplo de cobertura al que habría que acercarse la tutela de las contingencias no profesionales, produciéndose una tendencia hacia su igualación. Pero como se conserva la diferencia, en opinión de la doctrina como MONERENO PEREZ y FERNANDEZ AVILES²¹⁶, es causa fundamental de numerosos litigios para determinar la contingencia, y no se puede dejar de lado que esta litigiosidad genera costes que no se valoran.

Desde hace bastante tiempo la doctrina laboralista viene debatiendo la necesaria distinción entre riesgos comunes y riesgos profesionales, o por el

²¹⁵ GARCIA ORTEGA, J.: "La enfermedad profesional", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit., pág. 279.

²¹⁶ MONEREO PEREZ, J.L. y FERNÁNDEZ AVILÉS J.A.: "Determinación de las contingencias de la Seguridad Social" en *Aranzadi Social*, 2008, núm. 19. BIB 2008/3064.

contrario la eliminación de dicha distinción, en este apartado se tratara el debate existente en la doctrina que se ha ido elaborando a lo largo del tiempo.

El riesgo asegurable, como describe BORRAJO DACRUZ²¹⁷, es la posibilidad de que ocurra un hecho susceptible de compensación económica, cuya realización no sea debida a la voluntad consciente y deliberada del interesado en obtener dicha compensación.

Y siendo la contingencia la materialización del riesgo que provoca un estado de necesidad, para GONZALEZ MARTINEZ²¹⁸ el término contingencia hace referencia al hecho que ocasiona una necesidad de protección.

En opinión de LOPEZ GANDIA²¹⁹, si bien todavía existe una previa delimitación de los riesgos asegurados y de las prestaciones a otorgar, pero en realidad no son los riesgos o contingencias lo que se asegura, sino que lo que se asegura son las consecuencias económicas que de esos riesgos se derivan, que son la pérdida de ingresos o exceso de gastos. La relación entre contingencia y situación de necesidad responde al esquema del seguro, si bien en la Seguridad Social la contingencia no suele plantear graves problemas: son los riesgos que afectan a la capacidad laboral del trabajador producido por enfermedades, accidentes, fallecimientos, ya sea por causa profesional o por causa común, o por la llegada de una edad que imposibilite continuar trabajando, o por la pérdida de empleo, o las cargas familiares, estos últimos riesgos no son susceptibles de distinción entre la causa que los origina, si es común o profesional.

²¹⁷ BORRAJO DACRUZ, E.: *Estudios Jurídicos de PREVISION SOCIAL*.. Madrid 1962. Editorial Aguilar, pág. 137.

²¹⁸ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El Trato Privilegiado de las Prestaciones de Origen Profesional. Un intento de que las contingencias profesionales pierdan su especialidad*. Navarra, 2017. Editorial Aranzadi, pág. 165.

²¹⁹ LOPEZ GANDIA, J.: "Acción protectora. Las contingencias protegidas", en AA.VV.: *Curso de Seguridad Social*, ob.cit., págs. 271-272.

El ordenamiento de la Seguridad Social en España, desde sus orígenes, se estructura en dos grandes ramas, como expresa LOPEZ GANDIA²²⁰, en función de que los riesgos protegidos derivaran del trabajo, esto es que fueran riesgos profesionales, o por el contrario, no tuvieran relación con el mismo, estos serían los riesgos comunes.

La diferencia entre riesgos comunes y riesgos profesionales condiciona casi todos los aspectos de la estructura de la Seguridad Social, desde el encuadramiento hasta la acción protectora y sus requisitos, responsabilidades, cuantía y alcance de las prestaciones²²¹.

3.2. Perspectiva normativa cronológica de la distinción

3.2.1. La Ley de Bases de 28 diciembre 1963.

En la Exposición de Motivos de la Ley de Bases de Seguridad Social (en adelante LBSS) de 28 de diciembre de 1963 se establece las diversas directrices en el tránsito que se propone de un conjunto de seguros sociales a un sistema de Seguridad Social, y entre las mismas destaca la que hace referencia a la conjunta consideración de las situaciones o contingencias protegidas, donde se prevé que la protección proclamada sea en términos de efectos y no de causas, de forma que se atienda no tanto al origen de la situación de necesidad, sino a ella misma²²².

²²⁰ LOPEZ GANDIA, J.: "Acción protectora. Las contingencias protegidas", en *Curso de Seguridad Social*, ob. cit., pág. 272.

²²¹ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 15.

²²² Núm. 6 de la Justificación y directrices de esta Ley: "La Ley, superando la regresiva noción de riesgos singulares atendida su causa, delimita situaciones y contingencias susceptibles de protección para la consideración conjunta de las mismas en vista de sus efectos. Semejante consideración conjunta, ofrece dos proyecciones claramente apreciables, individual y colectiva: individualmente se trata de que las situaciones o contingencias definidas con carácter general, se entienden unívocamente sin que circunstancias de lugar o de tiempo determinen variaciones esenciales relegadas en la desigualdad de las

Como prevé GONZALEZ MARTINEZ²²³, entre los principios políticos sociales de los que partía la Ley de Bases 28 de diciembre de 1963, destaca la denominada, “consideración conjunta de las contingencias protegidas”, que traía como corolario, según se decía en la Ley, la superación de la regresiva noción de riesgos singulares y la posibilidad de prestar mayor atención al infortunio padecido, la situación de necesidad sobrevenida, que a las causas que lo hubieran provocado. La consecuencia de este principio debería de haber sido la igualdad absoluta, o la uniformidad máxima en el tratamiento de las situaciones univocas de necesidad social, haciéndose desaparecer el accidente laboral, la enfermedad profesional, la enfermedad común y el accidente no laboral como conceptos legales diferenciados²²⁴. Asumiendo, en palabras de SEMPERE NAVARRO²²⁵, una idea tan justa como difícil de realizar: importa lo que le suceda a la persona, al sujeto que trabaja, si se prefiere, pero independientemente de por qué le ocurra y con independencia de la contingencia que lo origine.

3.2.2. Texto Articulado de la LGSS de 1966.

El texto articulado de la LBSS de 1966, en realidad, fue un intento fallido, pues no llegó a implantar ese principio de consideración conjunta de las

prestaciones, como venía ocurriendo hasta ahora; colectivamente se pretende evitar la constitución de categorías privilegiadas de personas y se tiende a conseguir, en la medida máxima posible, que el trato dado a las mismas no presente diferencias notables, cualquiera que sea el sector económico en que trabajen o la naturaleza de su actividad específica. BOE núm. 312, 30 diciembre 1963, págs.18181 a 18190.

²²³ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El Trato Privilegiado de las Prestaciones de Origen Profesional. Un intento de que las contingencias profesionales pierdan su especialidad*. Navarra, 2017. Editorial Aranzadi, pág. 61.

²²⁴ GONZALO GONZALEZ, B. y LOPEZ CUMBRE, L.: “Aspectos críticos de la protección de los riesgos profesionales en el sistema de la Seguridad Social”, en AA.VV., *Cien años de Seguridad Social. A propósito del Centenario de la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900*, ob. cit., pág. 152.

²²⁵ SEMPERE NAVARRO, A.V.: “La protección de la enfermedad profesional: planteamientos para su modificación” en *Aranzadi Social* núm. 5/2001. BIB 2001/731.

contingencias, sino todo lo más, limar las diferencias existentes en la situación anterior.

El Decreto 907/1966 de 21 de abril aprobó el Texto Articulado de la LBSS de 1966, desarrollando sus efectos el 1 enero 1967. Ésta ley fue modificada por la Ley 24/1970, de 21 de junio, de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora del Régimen General, en el artículo 14 extendía a los accidentes no laborales uno de los privilegios de los riesgos profesionales, "que no se exigieran periodos previos de cotización para el derecho a las prestaciones que se deriven de accidente no laboral". Éste principio perdura en la actualidad.

3.2.3. Texto Refundido de la LGSS 1974.

La Ley General de la Seguridad Social (en adelante LGSS) de 1974, aprobada por Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, tampoco impidió que se mantuvieran para los riesgos profesionales importantes singularidades que dejaban asomar su tratamiento privilegiado, tal y como lo describe CREMADES SANZ-PASTOR²²⁶ frente a otras contingencias.

3.2.4. Ámbito constitucional. La Constitución Española 1978.

La propia Constitución española permite, aunque no impone, la diferente protección por contingencias, según Sentencia Tribunal Constitucional 38/1995 de 13 de febrero, (recurso núm. 1273/1992). De hecho, el modelo legislativo español de Seguridad Social aún descansa en buena parte en la consideración de las contingencias, de los imprevistos dañosos que puedan originar la

²²⁶ CREMADES SANZ-PASTOR, B.M.: "La responsabilidad empresarial derivada de accidente de trabajo". en *Revista Política Social*, núm. 88, 1970, págs. 38-39

protección que se dispense, también en la misma línea se manifiestan los Tratados Internacionales pronunciándose a favor de una protección atendiendo a las contingencias, como expresa GONZALEZ MARTINEZ²²⁷, y nuestra Constitución no ha deslegitimado el modelo preexistente de Seguridad Social.

Si bien al adoptar el artículo 41 de la Constitución Española (en adelante CE) el término “situaciones de necesidad”, un determinado sector doctrinal como VIDA SORIA²²⁸, consideró que con éste término se conseguiría al final superar el tradicional y turbador concepto de riesgo protegido, que era más propio de la técnica del seguro social originario.

En nuestro sistema constitucional, la Seguridad Social, en opinión de MONEREO PEREZ y FERNÁNDEZ AVILÉS²²⁹, se coloca sobre la noción de situación de necesidad, y esta es la base de la tutela que el sistema presta a los ciudadanos. Pero esto no obsta a que puedan introducirse distintos niveles de tutela objetiva para las diferentes contingencias pero siempre que queden razonablemente justificadas. Solamente aquí es donde podrán tener juego las reminiscencias relativas al origen de la situación de necesidad, es decir, es en este ámbito donde podría tenerse en cuenta la noción de riesgo profesional, para dualizar, y siempre dentro de los parámetros constitucionales, la protección en función del origen de la contingencia. El debate constitucional no se plantea pues, en torno a establecer la protección, que ésta sería la cobertura de la situación de necesidad, sino que el debate constitucional se plantea en relación a la justificación del tratamiento diferenciado y privilegiado de las contingencias profesionales.

²²⁷ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El Trato Privilegiado de las Prestaciones de Origen Profesional. Un intento de que las contingencias profesionales pierdan su especialidad*. ob. cit., pág. 82.

²²⁸ VIDA SORIA, J.: “La Seguridad Social en la constitución de 1978”, en AA.VV.: *Jornadas Técnicas sobre Seguridad Social*. Madrid 1984. MTSS.

²²⁹ MONEREO PEREZ, J.L. y FERNÁNDEZ AVILÉS J.A.: “Determinación de las contingencias de la Seguridad Social”. *Aranzadi Social*, 2008, núm. 19. BIB 2008/3064.

El principio de igualdad está presente, como expresa FERNANDEZ ORRICO²³⁰, en el contenido de la mayoría de las materias constitucionales, y por tanto no podía dejar de estar también con respecto a la Seguridad Social.

El artículo 14 de la Constitución Española (en adelante CE) formula el principio de igualdad, el cual debe relacionarse necesariamente con el artículo 41 de la CE²³¹, referido al ámbito de la Seguridad Social, aunque en el artículo 14 no figura de una manera expresa la igualdad en materia de Seguridad Social, sin embargo, el último inciso nos permite interpretar el mismo en un sentido amplio, enumerando a continuación una serie de causas discriminatorias y las extiende a cualquier otra condición o circunstancia personal o social. Por tanto no debe entenderse en una intención tipificadora cerrada que excluya cualquier otra de las que se encuentran en el texto legal. El principio de igualdad puede ser expresado tanto de forma positiva como tal, o negativa, como principio de no discriminación, en esta línea BALLESTER PASTOR²³². Por tanto, entendiendo como desigualdad de tratamiento legal que sea injustificada por no ser razonable, y eleva al derecho de la Seguridad Social, en cuanto que afecta a su posible relación con el principio de no discriminación, en el grado máximo de nivel de garantía constitucional, ello mediante un procedimiento basado en los principios de preferencia y sumariedad, así como mediante el recurso de amparo, y el recurso de inconstitucionalidad frente a las leyes que no respeten el contenido de la Constitución.

²³⁰ FERNANDEZ ORRICO, F. J.: “La Seguridad Social en el XXV Aniversario de la Constitución”, en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 49, 2004, págs. 161-162.

²³¹ Artículo 41 de la CE “Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”.

²³² BALLESTER PASTOR, M.A.: “Derecho a la no discriminación y otros derechos del trabajador”, en AA.VV. (CAMPS RUIZ, L., RAMIREZ MARTINEZ, J.M.): *Derecho del Trabajo*. Valencia 2016. Editorial Tirant lo Blanc, págs. 401-402.

El modelo constitucional de Seguridad Social se inclina a la universalidad de la protección, considera por su parte GOERLICH PESET²³³, garantizando la suficiencia de las prestaciones que se conectan con las situaciones de necesidad. Sin embargo por su ubicación el artículo 41 CE, en el Capítulo III del Título I, es un principio rector que ofrece criterios al legislador, siendo por tanto un precepto extensible donde se reconocen extensos espacios al legislador ordinario en la configuración y desarrollo del sistema de Seguridad Social.

3.2.5. Texto Refundido de la LGSS 1994.

El Texto Refundido de 1994, aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, sigue manteniendo el tratamiento diferenciado y de privilegiada protección de las contingencias profesionales, por lo que como se expresa TATAY PUCHADES²³⁴, ni esta ley ni las disposiciones que la complementan permiten afirmar que se haya producido la desaparición del régimen diferenciado de las prestaciones.

La propia LGSS según apunta la doctrina como MONEREO PEREZ y FERNANDEZ AVILES²³⁵ incurre en una notable confusión terminológica y conceptual, al abordar en el Título II, Capítulo III de la LGSS las contingencias protegibles. Así, comienza por la definición de accidente de trabajo y la enfermedad profesional, y a continuación, en negativo, define el accidente no laboral y la enfermedad común, que no son propiamente contingencias

²³³ GOERLICH PESET, J.M.: "El derecho de la Seguridad Social", en *Derecho de la Seguridad Social*, págs. 40-41.

²³⁴ TATAY PUCHADES, C.: "Génesis y evolución de la protección de los accidentes de trabajo", en *Revista Tribuna Social*, 2000 núm. 109, pág. 25

²³⁵ MONEREO PEREZ, J.L. y FERNÁNDEZ AVILÉS J.A.: "Determinación de las contingencias de la Seguridad Social". *Aranzadi Social*, 2008, núm. 19. BIB 2008/3064.

protegidas o causas primarias de necesidad, sino riesgos o causas secundarias, productores de contingencias.

Por otra parte, es conocido el carácter residual, la delimitación negativa, que en nuestro ordenamiento jurídico tienen las contingencias comunes según describe LANTARON BARQUIN²³⁶. De este modo el artículo 158 LGSS “se considerará accidente no laboral el que, conforme a lo establecido en el artículo 156, no tenga, carácter de accidente de trabajo.” Y el apartado 2º “se considerará que constituye 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 156 y en el artículo 157 de la LGSS”²³⁷.

De este modo, la LBSS de 1963, si bien como manifiestan MONEREO PEREZ y FERNANDEZ AVILES²³⁸, establecía el principio de consideración conjunta de las contingencias, pero la LGSS 1994, y la actual LGSS 2015, sigue manteniendo el enfoque diferenciador entre contingencias comunes y profesionales, aunque haya acentuado los niveles de protección al margen de origen profesional o no de la contingencia y la diferencia de tratamiento se ha reducido sensiblemente, especialmente porque las reglas más favorables del accidente de trabajo se han prolongado a otro tipo de contingencias.

²³⁶ LANTARON BARQUIN, D.: “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”. *Relaciones Laborales. Revista Crítica de Teoría y Práctica*. 2008, núm. 9, pág. 416.

²³⁷ El vigente artículo 157 del RD legislativo 8/2015, Ley General de la Seguridad Social, coincide con el artículo 116 del RD legislativo 1/1994, y con el artículo 85 del Decreto 2065/1974.

El vigente artículo 156 del RD legislativo 8/2015, Ley General de la Seguridad Social, coincide con el artículo 115 del RD legislativo 1/1994, y con el artículo 84 del Decreto 2065/1974.

²³⁸ MONEREO PEREZ, J.L. y FERNANDEZ AVILES, J.A.: “El sistema jurídico-positivo vigente. Análisis del modelo normativo”, en AA.VV. *Tratado práctico a la legislación reguladora de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Régimen jurídico de la prevención, aseguramiento, gestión y responsabilidad*. Granada 2005. Editorial Comares, pág. 31.

3.2.6. Texto Refundido de la LGSS 2015. (Aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre).

La vigente LGSS, aprobada por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, mantiene el régimen favorecido y desigual entre las contingencias profesionales y comunes.

Justamente es, la subsistencia de este régimen diferenciador y privilegiado para las contingencias profesionales, lo que ha generado una serie de modificaciones legislativas y doctrinas jurisprudenciales, que tienden a atraer supuestos de accidentes o enfermedades comunes bajo la cobertura del régimen de accidentes de trabajo, a través del amplio margen protector del artículo 156.3 de LGSS, entre las que se encuentra la enfermedad del trabajo²³⁹.

3.3. Perspectiva doctrinal de la distinción.

3.3.1. Doctrina favorable consideración conjunta de las contingencias.

Se han ido manifestando argumentos en contra de un régimen específico para los riesgos profesionales, en esta línea MONEREO PEREZ y FERNANDEZ AVILES²⁴⁰, por cuanto estos suponen un trato preferencial lesivo para las víctimas de otro género de riesgos, y por lo tanto contrario a los principios de igualdad y justicia. Si la Seguridad social se inspira en los principios de igualdad y de universalidad, tiene que cumplir el anhelo de todas las personas a una protección eficaz contra las contingencias inherentes a la sociedad.

²³⁹ PEREZ ALONSO, M.A.: “Las distintas formas de accidente de trabajo”, en AA.VV.: *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit., págs. 43 y ss.

²⁴⁰ MONEREO PEREZ, J.L. y FERNÁNDEZ AVILÉS J.A.: “Determinación de las contingencias de la Seguridad Social”. *Aranzadi Social*, 2008, núm. 19. BIB 2008/3064.

Hay doctrina laborista reciente, como GONZALEZ MARTINEZ,²⁴¹ que pretende que se produzca una uniformidad de riesgos, en el tratamiento de situaciones univocas de necesidad, y ante la ausencia de estudios doctrinales que evidencian la necesidad, es por lo que ha desarrollado un estudio sobre la evolución del régimen de protección de las contingencias profesionales, que están en una continua reelaboración jurisprudencial, con una artificiosidad y mutabilidad que es difícil de entender, y que resulta muy costoso de aplicar, altamente conflictivo y sustancialmente litigioso. Por su parte, FERNANDEZ ORRICO²⁴² considera que la equiparación entre las contingencias comunes y las contingencias profesionales tendría unos efectos positivos, pues se eliminaría de un plumazo la elevada conflictividad existente. Y a la vez se eliminarían las tensiones provocadas entre el trabajador que solicita la prestación y la Entidad Gestora para demostrar que ha sido o no accidente de trabajo, basta con señalar solo una de las cuestiones, el accidente “*in itinere*” que ha generado y sigue generando una enorme casuística, hasta el punto que en algunos casos se han forzado las circunstancias para considerar como accidente de trabajo situaciones que en realidad poco tiene que ver con la actividad laboral que desarrolla el trabajador, es un continuo forcejeo entre las partes interesadas.

La predisposición hacia la uniformidad de la protección que se dispense sin tener en cuenta el origen de las contingencias, entiende GONZALEZ MARTINEZ²⁴³, es solamente una aspiración al modelo conceptual de la Seguridad Social, incluso considera que la Constitución Española permite proponer un modelo indiferenciado de contingencias en las prestaciones,

²⁴¹ GONZALEZ MARTINEZ, J.A., *El Trato Privilegiado de las Prestaciones de Origen Profesional. Un intento de que las contingencias profesionales pierdan su especialidad*, ob. cit., pág. 29.

²⁴² FERNANDEZ ORRICO, F.J.: “Prologo”, en GONZALEZ MARTINEZ, J.A., *El Trato Privilegiado de las Prestaciones de Origen Profesional. Un intento de que las contingencias profesionales pierdan su especialidad*, ob.cit., pág. 23.

²⁴³ GONZALEZ MARTINEZ, J.A., *El Trato Privilegiado de las Prestaciones de Origen Profesional*, ob. cit. pág. 256.

señalando en este sentido lo declarado por el Tribunal Constitucional en Sentencia 20 de diciembre de 1993 (recurso núm. 1990/375) “ no es ilegítimo ni irrazonable que el legislador pueda tomar en consideración estos factores causales para acordar un régimen jurídico diverso de unas prestaciones respecto del que pueda acordar para otras distintas, ocasionadas por contingencias diversas, al ser estos conceptos técnicos que aún son clave de la protección dispensada por nuestra Seguridad Social”²⁴⁴.

Por consiguiente, FERNANDEZ ORRICO²⁴⁵ considera que, sería equitativo dotar de más peso al resultado del daño producido en el trabajador que a su origen, sea este profesional o no laboral. O en el peor de los casos que se otorgara de cierta relevancia al resultado de la contingencia, más que a la clase de la contingencia.

De tal manera que, no se encuentran argumentos consistentes, como expresa GONZALEZ MARTINEZ²⁴⁶, que justifiquen de manera eficaz la diferencia de trato, a menos que se acredite tal diferencia en la clásica vía de favorecer los riesgos profesionales, por estar relacionados directamente con el trabajo, y por facilitar cuanto antes el retorno al mismo, es decir solo justificaría la diferencia de trato argumentos históricos.

3.3.2. Doctrina favorable para mantener la división de las contingencias.

En cambio, para MARTINEZ BARROSO²⁴⁷, son varias las razones que se

²⁴⁴ En el mismo sentido SSTC 15 de noviembre de 1990 (recurso núm. 1990/184); de 20 de septiembre de 1990 (recurso núm. 1990/142) y de 20 de diciembre de 1988 (recurso núm. 1988/253).

²⁴⁵ FERNANDEZ ORRICO, F.J.: “El tratamiento continuista de la Reforma de pensiones (2007) respecto a prestaciones derivadas de enfermedad común: ¿Nostalgia de la consideración conjunta de contingencias?”, *Aranzadi Social*, núm. 18, 2008. BIB 2008/3018.

²⁴⁶ GONZALEZ MARTINEZ, J.A., *El Trato Privilegiado de las Prestaciones de Origen Profesional*, ob. cit. pág. 262, para profundizar mas FERNANDEZ ORRICO, F.J.: *Las prestaciones de la Seguridad Social: Teoría y Práctica*. Madrid 2009 2ª edición, Ministerio de Trabajo e Inmigración, pág. 174.

²⁴⁷ MARITNEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*. Valencia 2002. Editorial Tirant lo Blanc, pág. 205.

han defendido para otorgar una mayor amplitud y aplicar unos tipos más favorables a las prestaciones que se derivan de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, razones de orden moral, jurídico, incluso razones sociales se encuentran en la base que se da a esta superprotección, incluso partiendo del principio de igualdad, que es básico en el sistema de la Seguridad Social.

En principio, y como menciona LANTARON BARQUIN²⁴⁸, es evidente la existencia de un régimen jurídico diferenciado en función de la calificación de la contingencia como común o profesional, no resulta sin embargo nada sencillo identificar con precisión los distintos límites de aplicación de cada uno de estos regímenes jurídicos, dada la dificultad de concretar el contenido de los distintos términos en juego.

Así, en mi opinión, existen situaciones que no son sencillas para calificar como contingencias profesionales o contingencias comunes, dependerán de múltiples factores y, como expresa GONZALEZ ORTEGA²⁴⁹, la disposición en dos bloques es más por razones prestacionales que por razones conceptuales.

Por su parte, GONZALEZ ORTEGA²⁵⁰ considera que, la justificación del mantenimiento de la división de las contingencias entre profesionales y comunes la encontramos en la forma que se produjo el primer seguro de accidentes, que se materializó de manera autónoma a partir de la Ley de Accidentes de 1900, confirmándose con la normativa posterior, integrándose totalmente en el sistema de la Seguridad Social, a pesar de la consideración

²⁴⁸ LANTARON BARQUIN, D.: "Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica", en *Relaciones Laborales. Revista Crítica de Teoría y Práctica*. 2008, núm. 9, pág. 416.

²⁴⁹ GONZALEZ ORTEGA, S.: "Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia". En *Las enfermedades profesionales.*, ob. cit., págs. 30-31.

²⁵⁰ GONZALEZ ORTEGA, S.: "Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia", en *Las enfermedades profesionales.* ob. cit. págs. 28-29; GONZALEZ ORTEGA, S.: "Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia", en *Las enfermedades profesionales.*, ob. cit. págs. 30-31.

conjunta en la Ley de Bases de 1963. El aseguramiento de los riesgos profesionales goza de una autonomía respecto de las demás contingencias, y esta autonomía se evidencia en diversas vías:

1ª. Por el hecho de que hay un aseguramiento separado por una parte los riesgos comunes y por otro los profesionales, y el empresario puede elegir entre asegurar ante la entidad gestora pública o ante alguna de las entidades colaboradoras.

2ª. La prima que pagan las empresas por los riesgos de trabajo depende del nivel de riesgo de cada actividad, pero cada empresa aportará en función de la probabilidad del siniestro en el sector de la actividad, según el nivel de siniestrabilidad, es una manera colectiva de asegurar los riesgos de trabajo.

3ª. Por otra parte, también se manifiesta la independencia de la tutela de los riesgos del trabajo, en que la prima que cada empresa debe abonar, se puede reducir si éste tiene una actitud segura en materia de prevención, y ésta actitud repercutirá en la cuota del seguro según el grado de probabilidad y culpabilidad del siniestro, es una manera individual de la evaluación del aseguramiento²⁵¹.

4ª. El empresario es el único obligado al pago de la prima, y con este acto desplaza su responsabilidad prestacional a un tercero, que es la entidad gestora o colaboradora, que la asume a cambio de una aportación económica.

De otro lado, la diferencia entre la tutela social de las situaciones de necesidad que no derivan del trabajo y las creadas por el mismo, se encuentra ante la imposibilidad, en relación a los riesgos comunes, de denominar a un

²⁵¹ Se suspende para el año 2019 por RD-Ley 28/2018, de 28 de diciembre, la aplicación del sistema de reducción de cotizaciones por contingencias profesionales a las empresas que hayan disminuido de manera considerable la siniestrabilidad laboral prevista en el RD 231/2017. Para el año 2020 se suspende la aplicación del sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias profesionales por RD-Ley 18/2019 de 27 de diciembre.

concreto responsable, por cuanto la responsabilidad debe imputarse a la sociedad en general, que es quien asume la cobertura de esas situaciones, se socializa el riesgo.

Sin embargo, en las contingencias profesionales si cabe la posibilidad de encontrar un responsable individual del daño, que es de origen laboral, es el empresario, mas aun teniendo en cuenta que su responsabilidad es, por imperativo legal, objetiva, y por tanto está obligado a asumir el coste de reparar los daños que sufran sus trabajadores siempre que estén relacionados con el trabajo, es responsable el empresario, también en el ámbito normativo de la Seguridad Social, por cuanto no sería razonable, como expresa GONZALEZ ORTEGA²⁵² que la sociedad tuviera que responder por los daños generados por el trabajador, cuando quien tiene que hacer frente a ellos es el causante de los mismos. Por tanto aplicar el principio “de consideración conjunta de las contingencias” supondría una desvinculación de la responsabilidad empresarial, aceptando la sociedad un riesgo que por su origen es individual, del empresario, por consiguiente hay que considerar de una manera diferenciada la cobertura de los riesgos profesionales, lo que es una característica del sistema de la Seguridad Social y afecta a la enfermedad profesional. De tal forma que, siendo los riesgos profesionales los riesgos sociales prioritarios porque están vinculados al desarrollo de la actividad productiva deben tener una mejor tutela que los que derivan de circunstancias sociales, como son las contingencias causadas por accidentes y enfermedades comunes. La responsabilidad empresarial, mediante el pago de la prima, supone tener una mayor agilidad en el acceso a la tutela y una mejor calidad de las prestaciones.

²⁵² GONZALEZ ORTEGA, S.: “Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia”. En *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. págs. 29-30

3.3.3. Medidas de equiparación de las contingencias profesionales.

Ante la evidencia de la dificultad de encontrar una fórmula que pudiera satisfacer a quienes buscan la equiparación entre ambas contingencias, quizás se podrían proponer algunas medidas de aproximación entre ambas que salvaran la distancia que existe entre las condiciones exigidas, según el origen de las contingencias, como establece FERNANDEZ ORRICO²⁵³, podría ser un ejemplo el alta presunta o de pleno derecho que podría ser aplicable también a las contingencias comunes, o que se igualasen las cuantías de las prestaciones, habría que asimilar las contingencias comunes a las profesionales, pero si se produjera esta asimilación también conllevaría un incremento en la cuantía de las prestaciones de proporciones incalculables.

3.4. Los riesgos profesionales: La enfermedad profesional frente al accidente de trabajo.

Dentro de los riesgos profesionales hay que distinguir el accidente de trabajo y la enfermedad profesional y ambos, en cuanto que son contingencias profesionales²⁵⁴, comparten, como hemos mencionado, un mundo de privilegiadas diferencias con las contingencias comunes²⁵⁵.

Conocida es la delimitación negativa de las contingencias comunes, que tienen carácter residual, así como los problemas para fijar la frontera entre accidente común²⁵⁶, cuyo régimen jurídico tiende a ser menos riguroso, y

²⁵³ FERNANDEZ ORRICO, F.J.: "Prologo". En GONZALEZ MARTINEZ, J.A., *El Trato Privilegiado de las Prestaciones de Origen Profesional. Un intento de que las contingencias profesionales pierdan su especialidad*, ob. cit., pág. pr 25.

²⁵⁴ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales" en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 15

²⁵⁵ FERNANDEZ DOMINGUEZ, J.J.: *Protección social complementaria de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales*. Valencia 1999. Editorial Tirant lo Blanch. Página 85 y ss.

²⁵⁶ ORDEIG FOS J.M. *El sistema español de Seguridad Social (y de la comunidad europea)*. Madrid, editorial Edersa 1993 5ª edición, pág. 175.

enfermedad común. De este modo el artículo 158.1 LGSS “se considerara accidente no laboral el que, conforme a lo establecido en el artículo 156, no tenga carácter de accidente de trabajo”. Y el apartado 2º del artículo 158 de la LGSS “se considerara que constituye 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 156 y en el artículo 157”. Esto significa, tal y como expresa GONZALEZ ORTEGA²⁵⁷, no existe propiamente una definición de accidente no laboral ni de enfermedad común, sino que estos existen solo por exclusión de accidente de trabajo y de enfermedad profesional. Por lo tanto, la enfermedad común viene establecida como resultado de no haber probado los requisitos de la misma como enfermedad del trabajo. Desde el punto de vista práctico para diferenciar entre las enfermedades se realiza primero excluyendo a las enfermedades que pueden calificarse como profesionales, sino puede calificarse como profesional se procede en diferenciar entre enfermedad del trabajo y enfermedad común, si se prueba la enfermedad del trabajo queda descartada la calificación de enfermedad común, por tanto es enfermedad común lo que no es enfermedad del trabajo ni enfermedad profesional.

Por su parte, el artículo 157 de la 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 elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

”En tales disposiciones se establecerá el procedimiento que haya de observarse para la inclusión de dicho cuadro de nuevas enfermedades

²⁵⁷ GONZALEZ ORTEGA, S.: “Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia”. En *Las enfermedades profesional*,. ob. cit. pág. 43.

profesionales que se estima deben ser incorporadas al mismo. Dicho procedimiento comprenderá, en todo, caso, como trámite preceptivo, el informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad”.

Caracterizada la enfermedad profesional como un agente lesivo que origina un detrimento corporal que se manifiesta de forma lenta, larvada y disimulada a través de un proceso patológico, como se declara en el Fundamento Jurídico Segundo la Sentencia del Tribunal Supremo 11 de junio de 1987 ”la enfermedad profesional de evolución lenta y disimulada, hace que muchas veces su aparición tenga lugar cuando no se trabaje, y sin embargo es evidente que la incapacidad está motivada por la enfermedad profesional, originada cuando el trabajador estaba al servicio de la empresa, aunque su exteriorización, dentro de un riguroso nexo causal, lo fuera ya terminada y extinguida la relación laboral, y éste enlace directo es el que ha recogido la doctrina jurisprudencial”²⁵⁸.

Por otra parte, como expresa FERNANDEZ COLLADOS²⁵⁹, no toda enfermedad de causa laboral se considera enfermedad profesional, sino simplemente aquellas que se contraigan en el ejercicio de las actividades que se encuentren encuadradas en el cuadro de enfermedades profesionales y que sean provocadas por los elementos o sustancias que se indican en el referido cuadro, RD 1299/2006 de 11 de noviembre.

Por su parte, GONZALEZ ORTEGA²⁶⁰ expresa que, junto a los conceptos descritos en los arts. 156 a 158 de LGSS, accidente laboral, accidente no laboral, enfermedad común y enfermedad profesional, aparece un quinto concepto. La Ley cuando se refiere a las enfermedades causadas por el

²⁵⁸ En el mismo sentido SSTS 31 de mayo de 1985; 28 de noviembre 1986.

²⁵⁹ FERNANDEZ COLLADOS, M^a B.: “Las enfermedades del trabajo” en *Revista Española de Derecho del Trabajo*. 2010 núm. 146.

²⁶⁰ GONZALEZ ORTEGA, S.: “Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia”. En *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 31

trabajo se refiere solo a las enfermedades profesionales, y no existen otras enfermedades causadas por el trabajo, pero existe otro concepto, otra categoría, que englobaría el conjunto de todas las enfermedades que puedan ser provocadas por el trabajo, el trabajo es la causa principal, pero en cambio, está considerada de manera secundaria en la norma legal, son las llamadas enfermedades del trabajo

La LGSS utiliza para la enfermedad profesional una exigencia mucho más rígida y estrecha que para el accidente de trabajo, como dice LOPEZ GANDIA²⁶¹, las circunstancias, agentes o sustancias en el ambiente de trabajo han de causar claramente la enfermedad, no se pueden producir con ocasión del trabajo por cuenta ajena, sino clara y directamente por consecuencia del mismo. En cambio, en el accidente de trabajo se exige una relación de causalidad entre fuerza lesiva, el trabajo y la lesión, esto es que la fuerza lesiva se produzca con ocasión o por consecuencia del trabajo, esto es, de manera inmediata o mediata. Cuando se trata de un accidente de trabajo se configura una relación de causalidad amplia y no rígida. En la enfermedad profesional, la relación de causalidad se presume por la realización de ciertos trabajos, con ciertas sustancias y en ciertas actividades por su inclusión en una lista.

3.4.1. Tratamiento Jurisprudencial de los riesgos profesionales.

3.4.1.1. Consideración Jurisprudencial conjunta de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

En España, a partir de la Sentencia del Tribunal Supremo de 17 de junio de 1903, el profesor LOPEZ GANDIA²⁶² considera que, cabía la posibilidad de

²⁶¹ LOPEZ GANDIA, J.: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, en AA.VV.: *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 16.

²⁶² LOPEZ GANDIA, J.: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, en AA.VV.: *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 23.

que se produjera un accidente de trabajo de modo lento y progresivo, lo que permitió, cuando todavía no había una regulación específica, abarcar y comprender la enfermedad profesional dentro de los riesgos profesionales. Esta Sentencia vinculó la enfermedad profesional al accidente de trabajo, y fue por medio de una interpretación extensiva que realizó el alto Tribunal de la definición de accidente de trabajo previsto en la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900, conocida como Ley Dato²⁶³. El Tribunal Supremo interpretó con dicha sentencia, que la referencia que establecía el artículo 1 de la Ley de 1900 se refería a toda lesión corporal y que se podía entender, como expresa MORENO VAZQUEZ²⁶⁴, que incluía a la enfermedad profesional como si fuera un accidente de trabajo, la finalidad era proteger al trabajador.

El Tribunal Supremo ha venido vinculando la enfermedad profesional al accidente de trabajo, los ha identificado tanto cuando no había definición especial por el legislador, como cuando con posterioridad la enfermedad profesional ha gozado de una normativa específica. No obstante, y a medida que se han ido dictando normas donde se diferenciaba las enfermedades profesionales del accidente de trabajo, el Tribunal Supremo ha considerado que la enfermedad profesional es un accidente de trabajo o una variedad del mismo²⁶⁵.

La doctrina judicial venía manteniendo este criterio al plantearse la cuestión sobre sí cuando se establecen mejoras voluntarias de la acción protectora del régimen general de la Seguridad Social, independientemente de

²⁶³ Artículo 1. “Para los efectos de la presente Ley, entiéndase por accidente de trabajo toda lesión corporal que el operario sufre con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena, por patrono, el particular o compañía propietaria de la obra, explotación o industria donde el trabajo se presta, y por operario todo el que ejecute habitualmente un trabajo manual fuera de su domicilio por cuenta ajena.”

²⁶⁴ MORENO VAZQUEZ, A.: “El tratamiento jurisprudencial de la Enfermedad Profesional” en AAVV (Investigadores responsables BARCELON COBEDO, S.; GONZALEZ ORTEGAS, S.): *Las Enfermedades Profesionales*. ob. cit., págs. 409-410

²⁶⁵ MORENO VAZQUEZ, A.: “El tratamiento jurisprudencial de la Enfermedad Profesional” en AA.VV. : *Las Enfermedades Profesionales*, ob. cit., págs. 411-412.

si estas mejoras derivan del contrato, de pacto en convenio colectivo, de decisión unilateral del empresario, la póliza que la empresa concierta con una compañía aseguradora, como mejora voluntaria, que cubría el riesgo de accidente de trabajo debía cubrir también el riesgo derivado de enfermedad profesional. Existe notoria doctrina jurisprudencial que considera que la enfermedad profesional es esencialmente un accidente de trabajo. Las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 julio y 21 de diciembre 1983 y 9 de octubre de noviembre de 1984 así lo determinan “respecto a lo comprendido en el accidente de trabajo, el infarto de miocardio debe ser calificado como accidente de trabajo y por tanto amparado por la correspondiente póliza”²⁶⁶.

En este sentido, la Sentencia Tribunal Supremo 12 marzo de 1986 (RJ 1986/1309) “es incuestionable como lo señala la doctrina científica, la vigencia actual de una noción amplia de accidente de trabajo, y de lesión como uno de los elementos definidores, la integración de la enfermedad profesional dentro de aquel concepto amplio. La enfermedad profesional es realmente un accidente de trabajo, o si se quiere una variedad del accidente, y en tanto no se haga una exclusión expresa en el contrato, llámese convenio colectivo, pacto contractual de derecho civil o mercantil, etc. ha de quedar integrado en tan amplia expresión, además hay que tener en cuenta que el contrato de seguro y en la naturaleza adhesiva del contrato, que según doctrina reiterada y constatable de las Salas del Tribunal Supremo habrá que interpretarlo a favor del asegurado en los casos de equivocidad o duda razonable.

Por otra parte, la Sentencia Tribunal Supremo 19 mayo 1986 (RJ/1986/2578)²⁶⁷ establece “posteriormente el establecimiento de una

²⁶⁶ En este sentido SSTS 12 de mayo 1983; 12 y 31 de mayo y 19 de noviembre 1985. La equivocidad y la oscuridad de una cláusula contractual en un contrato de adhesión, como suele ser un contrato de seguro, no debe de beneficiar a la entidad aseguradora (a la que es exigible claridad y precisión en sus formularios o impresos), sino al asegurado.

²⁶⁷ En el mismo sentido STS 11 junio 1987 (RJ 1987/4337).

protección especial para las enfermedades profesionales no vino a cambiar su calificación como accidente de trabajo. El artículo 84.2.e (actual 156.2.e) de la LGSS califica como accidentes 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 siempre la ejecución del mismo. Se está considerando la enfermedad como accidente, con la única variación que la consideración de enfermedad profesional que se llega en el artículo 85 (actual 157 LGSS) es a través de una presunción legal nacida de la existencia de una doble lista de actividades y enfermedades, y en el artículo 84 (actual 156) no existe presunción legal, sino que se ha de acreditar la relación causal entre secuelas clínicas y su origen”²⁶⁸.

Como reitera la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de febrero 1990 (RJ 1990/1115) “que la cobertura del riesgo de accidentes comprende la del accidente de trabajo y éste la de las enfermedades de trabajo y la enfermedad profesional, en cuanto ésta «es esencialmente un accidente de trabajo», como se desprende tanto de la evolución histórica de su protección como de la regulación actual contenida en los artículos 84.2.e) y 85 de la LGSS, en ambos preceptos se está considerando la enfermedad como accidente. Por ello cuando el artículo 19 del convenio establece el derecho de los trabajadores de la empresa a estar incluidos en la póliza del seguro de vida y accidentes que aquélla debe concertar, hay que entender que dentro de la cobertura del seguro de accidentes quedan comprendidos los procesos derivados de enfermedad profesional”.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de enero 1991 (recuso núm. 373/1990) “la expresión accidente laboral o, accidente de trabajo, cuando se emplea en los convenios colectivos, sin otra especificación, para referirse a las

²⁶⁸ En el mismo sentido STS 28-10-1994 (recurso núm. 1066/1994).

contingencias protegidas por la Seguridad Social, es una expresión que abarca los conceptos legales de accidente de trabajo y enfermedad profesional consagrados en los arts. 84 y 85 LGSS, pues ellos junto a su origen común, tienen una misma razón de ser y su protección legal es prácticamente homogénea, sin que la mera denominación encuentre motivo alguno para diferenciar las enfermedades profesionales del artículo 84 e), comprendidas en el concepto legal de accidentes de trabajo de las enfermedades profesionales del artículo 85 excluidas del mismo las partes puedan en convenio especificar con claridad contingencias muy concretas que queden incluidas o excluidas de las mejoras voluntarias que convengan, pero mientras esta voluntad no quede claramente expresada, lo que de ordinario se entiende por accidente laboral es la contingencia de una lesión corporal, sea ésta súbita o por proceso patológico, adquirida por razón del trabajo, es decir los conceptos legales de los artículos 84 y 85 de la Ley de Seguridad Social”²⁶⁹

Tal y como reconoce la Sentencia Tribunal Supremo 19 julio 1991 (recurso núm. 1341/1990) “el proceso de diferenciación de la enfermedad profesional listada respecto del accidente de trabajo no ha alcanzado en el derecho español entidad suficiente para entender que constituyen realidades enteramente segregadas; la acción protectora responde en una y otro al mismo esquema, e igual puede decirse de la financiación y de las entidades y procedimientos de gestión”.

En la misma línea sigue la doctrina judicial en la Sentencia Tribunal Supremo 24 de septiembre 1992, (recurso Casación 2750/1991), “Podemos resumir la doctrina de esta Sala: 1º la enfermedad profesional debe considerarse como accidente de trabajo a efectos de cobertura en un seguro colectivo de trabajadores asalariados en tanto no se haga una exclusión

²⁶⁹ En el mismo sentido STS 13 febrero 1991.

expresa en el contrato o en el convenio colectivo. 2º la enfermedad que tiene su causa en la ejecución del trabajo se considerara accidente de trabajo en el artículo 84.2.e de la LGSS, y la diferencia entre la enfermedad contemplada en este artículo y la listada del artículo 85 Decreto 1974, no afecta a aspectos esenciales de la definición legal, sino a determinados aspectos accesorios de la misma, como el de la prueba del nexo causal lesión-trabajo. 3º la equivocidad y oscuridad de una cláusula contractual en un contrato de adhesión, como suele ser el contrato de seguro, no debe beneficiar a la entidad aseguradora sino al asegurado. Frente a estas conclusiones no puede argumentarse a partir del concepto de accidente del artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro, pues son las nociones propias de la Seguridad Social las que constituyen el contexto propio del aseguramiento colectivo que se pacta con referencia expresa a una póliza de seguros de accidentes de trabajo que tiene el carácter de mejora voluntaria de la Seguridad Social”²⁷⁰.

La doctrina laboralista, como RODRIGUEZ RAMOS²⁷¹, afirma que nuestro derecho mantiene como principio general que toda enfermedad profesional es accidente de trabajo, aunque con una reglamentación específica para determinadas enfermedades profesionales. En este sentido es muy ilustrativa la Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de noviembre de 1992 (recurso Casación núm. 2669/1991), “expresa, en síntesis que la doctrina jurisprudencial a la enfermedad profesional es realmente un accidente de trabajo o una variedad del mismo, y en tanto no se haga una expresa exclusión en la relación jurídica convencional, el concepto de accidente de trabajo incluye la enfermedad profesional; ello es así tanto a la atendiendo a la evolución

²⁷⁰ En el mismo sentido SSTS 09-10-1984 (RJ 1984/5762); 12-05-1985 (RJ 1983/2685); 02-02-1987 (RJ 1987/752); 19-11-1985 (RJ 1985/5811); 19-02-1990 (RJ 1990/1115); 25-01-1991 (recurso núm. 373/90); 13-02-1991 (recurso núm.873/1990); 19-07-1991 (recurso núm. 1341/1990).

²⁷¹ RODRIGUEZ RAMOS, M.J.: “Acción protectora en el sistema de seguridad Social”, en AA.VV.: *Sistema de Seguridad Social*, ob. cit. pág. 159; en el mismo sentido BLASCO LAHOZ, J.F.: *Enfermedades profesionales. Legislación, doctrina y jurisprudencia*, ob. cit. pág. 46.

histórica de su protección como a la regulación actual; incluso habría de llegarse a esta conclusión si la póliza repitiera o se limitara a constatar la noción de accidente del artículo 100 de la Ley 50/1980 del Seguro Privado, pues por aplicación del principio de buena fe, de las reglas sobre interpretación de contratos de adhesión y del marco laboral en el que se inserta la cláusula aseguradora, habría que subsumir en el concepto de accidente de trabajo no solo el daño producido de forma súbita y violenta, sino todo aquel que traiga su causa del trabajo²⁷².

3.4.1.2. Consideración Jurisprudencial diferenciando accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Pero a pesar del tratamiento como accidente de trabajo el Tribunal Supremo si tuvo en cuenta que conceptualmente podían diferenciarse²⁷³, y así lo expreso el Tribunal Supremo en la Sentencia de 24 de enero 1936 (RJ 1936/165), considerando “si bien tanto el uno como la otra suponen un ataque a la integridad del cuerpo humano proveniente de la acción de una causa exterior debida al trabajo, se diferencian en que tal acción se origina, en el accidente propiamente dicho, en cualquier clase de los trabajos comprendidos en la ley y es súbita e inesperada, relativamente corta, no prevista por regla general, y limitada con suficiente nitidez en el espacio y en el tiempo, mientras que en la enfermedad profesional la acción externa es progresiva en su acción sobre el organismo, se origina en el trabajo de determinadas industrias o en la realización de labores especificas que por tener influencia naturalmente morbosa sobre el organismo de las personas que las ejecutan representan un riesgo previsto para todas ellas, produce al principio y por regla general efectos

²⁷² En el mismo sentido STS 4 de junio 1992 (recurso núm. 336/1991), STS 5 de noviembre 1992 (recurso núm. 462/1991).

²⁷³ MORENO MARQUEZ, A.: “El tratamiento jurisprudencial de la Enfermedad Profesional” en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., págs. 413-414.

inocuos o relativamente inofensivos, y se transforman en fin, merced a la persistencia de la causa exterior nociva en estados patológicos de mayor o menor gravedad y permanencia”.

El legislador ha establecido a las enfermedades profesionales en determinados aspectos un trato específico y por tanto diferenciador del accidente de trabajo, por lo que el Tribunal Supremo también ha ido evolucionando según las nuevas normas emanadas y adoptando sus resoluciones a las nuevas legislaciones²⁷⁴. El legislador ha dado un trato especial y determinado a la enfermedad profesional, y el Tribunal Supremo en las resoluciones posteriores ha seguido el criterio de las nuevas normas, así la Sentencia (Sala General) del Tribunal Supremo de 1 de febrero 2000 (recurso núm. 200/1999) se ha concretado que en el Sistema español de Seguridad Social se mantienen determinadas diferencias en la protección de las situaciones de necesidad por razón de la distinta causa o riesgo que las haya generado. No existe una identificación total entre accidente de trabajo y enfermedad profesional.

En el mismo sentido la Sentencia del Tribunal Supremo 15 de mayo 2000 (recurso núm. 1803/1999) Fundamento Tercero “si atendemos a criterios de interpretación de las normas, establecidos en el artículo 3,1 del Código Civil, y del hecho de mantener diferencias, por ejemplo, en la regulación de la seguridad e higiene en el trabajo, con preceptos específicos para el accidente y normas especiales en orden a los reconocimientos médicos para las enfermedades profesionales y en la imputación de responsabilidades por los posibles incumplimientos de esas normas, fácilmente se llega a la conclusión de que el ámbito de acción protectora de la Seguridad Social el legislador

²⁷⁴ MORENO MARQUEZ, A.: “El tratamiento jurisprudencial de la Enfermedad Profesional” en AA.VV.: *Las Enfermedades Profesionales*, ob. cit., págs. 413-414.

distingue y no identifica ambas contingencias”. Fundamento Cuarto ” Extender las mejoras a situaciones no previstas en el convenio, sobre la base de que son contingencias de la misma naturaleza, como hace la sentencia de contraste, altera los términos del pacto ampliando las coberturas o beneficio de mejora previsto por los contratantes, en contra de lo previsto en el artículo 1283 del Código Civil y ello en una interpretación que sustituye su voluntad, imponiendo ese tercero, que no intervino en el convenio, una obligación de indemnización por una contingencia que no se contempla en el acuerdo en cuya virtud aceptó asumir la cobertura del riesgo. Si conforme al artículo 1231 del Código Civil, hay que estar como primer canon de interpretación a los términos del contrato si los mismos son claros y no dejan duda sobre la intención de los contratantes, es incontrovertido que quien asume la cobertura del riesgo, está contemplando únicamente el accidente de trabajo si no contiene la referencia expresa a la enfermedad profesional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1284 del Código Civil”²⁷⁵.

Del mismo modo, la Sentencia Tribunal Supremo de 15 mayo 2000 (recurso núm. 1477/1999) “esa regulación entraña diferencias esenciales en la acción protectora entre ambas contingencias, y así por ejemplo, para determinar los derechos de los trabajadores afectados, se atiende a criterios diferentes, pues en el accidente laboral se atiende a la legislación aplicable por el momento que ocurre el evento, mientras que en algunas dolencias profesionales, dicha legislación era la vigente en el tiempo que se producía el reconocimiento médico oficial o en su caso por el diagnóstico oficial de la dolencia en grado invalidante”

²⁷⁵ La enfermedad profesional es una variedad del accidente de trabajo, pero no existe una identificación total entre ambas contingencias, ya que el legislador distingue entre una y otra y establece diferencias en la acción protectora. En este sentido se expresan también la STS de 28 de septiembre de 2000 (recurso núm. 2255/1999), el ATS de 9 de septiembre 2004 (recurso núm. 5101/2003).

En sentido similar la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de septiembre 2000 “no puede negarse que la enfermedad profesional es una variedad del accidente, y así se trató inicialmente en nuestra legislación, se razonaba que ello no significaba que pueda llegarse a una identificación total entre ambas contingencias a los efectos pretendidos por la recurrente, llegando a la conclusión, después de un análisis exhaustivo de los antecedentes legislativos, de que en el ámbito de la acción protectora de la Seguridad Social el legislador, distingue y no identifica ambas contingencias, por lo que no era razonable predicar en las mejoras voluntarias de la acción protectora la identidad pretendida, pese a lo fluctuante de la doctrina de la Sala en algunos momentos contenida en las sentencias que allí relacionaba”.

En este sentido se expresan también la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de septiembre de 2000 (recurso núm. 2255/1999), el Auto del Tribunal Supremo de 9 de septiembre 2004 (Recurso núm. 5101/2003). “La enfermedad profesional es una variedad del accidente de trabajo, pero no existe una identificación total entre ambas contingencias, ya que el legislador distingue entre una y otra y establece diferencias en la acción protectora”.

Por otra parte la Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de octubre 2003 (recurso núm. 4466/2002) “en el ámbito de la acción protectora de la Seguridad Social el legislador, distingue y no identifica ambas contingencias, por lo que no era razonable predicar en las mejoras voluntarias de la acción protectora la identidad pretendida, pese a lo fluctuante de la doctrina de la Sala en algunos momentos contenida en las sentencias que allí relacionaba”.

3.4.1.3. Consideración Jurisprudencial donde no hay desvinculación accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Pero a pesar del esfuerzo que se ha realizado tanto desde el punto de vista doctrinal, como normativo porque han ido emanado normas en materia de Seguridad Social para delimitar un concepto que comprenda lo que

entendemos por enfermedad profesional como categoría diferente del accidente de trabajo, y del tiempo que ha transcurrido, no se ha producido una desvinculación de las enfermedades profesionales del concepto de accidente de trabajo, según BARCELON COBEDO,²⁷⁶ todavía sigue existiendo cierto grado de indeterminación, o si se prefiere de desconcierto entre ambos conceptos, y esta imprecisión puede ser la consecuencia de las dificultades de prueba que pueden generar las enfermedades profesionales como consecuencia del propio proceso que genera la enfermedad profesional, porque por definición es lento y progresivo, y por tanto la aparición de la misma, lenta y pausada, no siempre coincide con el momento que se desarrolló la prestación de servicios que la causó. También puede ser causa de esta confusión que no existe una suficiente regulación para concretar la relación entre el trabajo y la patología, a pesar de que el RD 1299/2006 de 10 noviembre corrigió, en su momento, muchas de las imprecisiones que había en ese momento.

Es preciso indicar que, existe doctrina judicial que sigue manteniendo que el concepto legal no desvincula la enfermedad profesional del accidente de trabajo, sino que simplemente da una presunción a favor de su existencia cuando la enfermedad está catalogada y se contrajo en una de las actividades previstas como causantes del riesgo.

3.4.1.3.1. Doctrina judicial de los Tribunales Superiores de Justicia.

Para los Tribunales Superiores de Justicia también existe dicotomía entre la enfermedad profesional y el accidente de trabajo, si bien con carácter general la enfermedad profesional queda aglutinada en el concepto de accidente de trabajo, ejemplos de ello son las Sentencias del Tribunal Superior

²⁷⁶ BARCELON COBEDO, S.: "El valor de la presunción del artículo 116 (artículo 157 de la vigente LGSS) de la Ley General de la Seguridad Social". *Revista doctrinal Aranzadi Social* núm. 19/2011. BIB 2010/3050

de Justicia de Cantabria de 5 de marzo de 2001 (recurso núm. 823/1999), Sentencia de 27 de julio de 2000 (recurso núm. 1734/1998) donde expresan que “el accidente de trabajo y la enfermedad profesional constituyen una unidad diferenciada”; la Sentencia de 18 de abril de 2002 (recurso 446/2000) su identidad se deriva de que uno y otra son lesiones o detrimentos corporales que el trabajador sufre por razón de su trabajo. La diferencia conceptual procede que el accidente laboral produce la lesión súbitamente y la enfermedad profesional ocasiona el detrimento corporal a través de un proceso patológico. Esta diferencia no existe legalmente, ya que el artículo 115 de la LGSS comprende en su apartado 2 e) (actual artículo 156) como accidente de trabajo "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. Por su parte el artículo 116 de la LGSS (actual artículo 157), en su párrafo primero 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 de desarrollo de esta ley, y que este provocado por la acción y los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”.

Por su parte el concepto legal, pues, a favor de su existencia cuando la enfermedad está catalogada y se contrajo en una no desvincula la enfermedad profesional del accidente de trabajo, simplemente da una presunción de las actividades previstas como causantes de riesgo.

Básicamente, según Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 14 de abril de 2005, (recurso núm. 2716/2004), en los preceptos legales de referencia, artículos 157 y 156.2 e) de la LGSS, se hallan los criterios diferenciadores entre lo que es accidente de trabajo, y lo que es enfermedad profesional. Contingencias ambas calificadas de profesionales. Pero como se

reitera, presentan diferencias legales: a) en principio el accidente de trabajo se produce por un hecho de aparición súbita, mientras la enfermedad profesional es de aparición más o menos paulatina. Pero no es siempre determinante tal criterio de diferenciación, puesto que por definición, la enfermedad profesional, en el sentido legal es solo la incluida en el cuadro establecido legalmente: la originada por las actividades y por la acción de los elementos o sustancias que se incluyen en el cuadro legal y cuadro de enfermedades profesionales, responde al sistema de lista, y por lo tanto de enumeración cerrada, de modo que no estando allí comprendido, si el hecho tiene relación con el trabajo, merece la conceptualización de accidente de trabajo²⁷⁷.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 28 de marzo de 2006 (recurso núm. 5719/2005), “las enfermedades comunes que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo serán catalogadas como accidente de trabajo, a menos que se hallen incluidas en la lista de enfermedades profesionales aprobada por el RD” “en esencia las enfermedades profesionales son propiamente un accidente de trabajo, si bien, por su naturaleza, gozan de un régimen de protección particularizado, y, por tanto, el concepto de enfermedad profesional viene derivado del propio de accidente de trabajo”.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 22 de marzo de 2006 (recurso núm. 2776/2005) establece que, en esencia, “las enfermedades profesionales son propiamente un accidente de trabajo, si bien,

²⁷⁷ En este sentido, la STSJ Andalucía 17 de noviembre 2016, Sevilla, (recurso núm. 3008/2015), el trabajador tenía antecedentes de alergias a ácaros, hongos, pelos de gato..., alergias que se manifestaron en la niñez, y habían permanecido asintomáticas durante más de treinta años, y a consecuencia de la avería de una bomba de filtración, sufre inhalación de vapores de diferentes compuestos, como consecuencia de ello, y a partir de esta fecha inicia un proceso de manera sistemática de acudir a urgencias, con cuadros de dificultad para respirar. El Tribunal considera que este acontecimiento súbito y violento, que se ha producido en el lugar de trabajo y con ocasión del mismo, debe calificarse como accidente de trabajo, porque es este accidente el que agrava la patología alérgica que padecía el trabajador previamente, pero de forma latente.

por su naturaleza, gozan de un régimen de protección particularizado”. Así, el concepto de enfermedad profesional viene derivado del propio de accidente de trabajo (lesión corporal sufrida por el trabajador con ocasión o por consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena). La lesión corporal no ha de suponer necesariamente una inmediatez en sus consecuencias, sino que esta puede manifestarse en el tiempo, apareciendo una vez transcurrido un plazo más o menos largo de desarrollo y gestación. Algunas enfermedades profesionales únicamente aparecen en determinados ambientes de trabajo, de tal manera que la relación de causalidad se produce entre enfermedad profesional y ambiente de trabajo, lo cual genera por añadidura una incompatibilidad irresoluble entre capacidad de trabajo del enfermo y su práctica en un ambiente nocivo. Con esta interpretación se facilita la difícil prueba acerca de la relación entre el trabajo y la enfermedad, y se supera el requisito de que la enfermedad tenga por causa exclusiva la ejecución del trabajo, y de esta forma tiene la consideración como accidente laboral del artículo 156.2 e) de la LGSS. De esta manera, si la enfermedad se reconoce en la lista de enfermedades profesionales reglamentaria concurre la presunción “iuris et de iure” de que la lesión es profesional. Pero no hay que olvidar que, aunque no se halle incluida en el cuadro de enfermedades profesionales y, sin embargo, venga ocasionada por razón del trabajo desempeñado, su tipificación correcta es la de accidente de trabajo, según lo que se acaba de expresar.

3.4.1.3.2. Jurisprudencia Tribunal Supremo. En particular la Sentencia del Tribunal Supremo 14 de febrero 2006.

Es de destacar la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de febrero de 2006 (recurso núm. 2990/2004) por cuanto la cuestión planteada en el recurso de casación para unificación de doctrina gira en torno a la calificación como accidente de trabajo en sentido estricto o enfermedad profesional que adolece el actor, “el objeto del litigio es únicamente la contingencia determinante de la

situación de incapacidad reconocida” porque según se reconozca uno u otra dependerá a que entidad aseguradora de los riesgos profesionales corresponde la responsabilidad²⁷⁸. En el Fundamento Cuarto la Sentencia dispone “la razón de ser de la distinción no estriba en la acción protectora dispensada sino en determinados aspectos accesorios o instrumentales del régimen jurídico. La acción protectora dispensada se regula en ambos supuestos con arreglo al mismo esquema o estructura normativa, ya que a efectos de la protección “la enfermedad profesional es esencialmente un accidente de trabajo”, como ya establecía la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo 1986. De la anterior doctrina jurisprudencial se desprende que el alcance de la presunción legal de laboralidad de las enfermedades profesionales incluidas en la lista reglamentaria tiene en materia de Seguridad Social la finalidad meramente instrumental de facilitar la protección reforzada de los riesgos profesionales, y no la finalidad sustantiva de diferenciar de manera significativa la intensidad de la protección dispensada”²⁷⁹.

Si bien la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de febrero 2006 (recurso núm. 2990/2004) establece que la presunción tiene como finalidad facilitar la prueba del carácter profesional de la contingencia, pero como matiza LIMON LUQUE²⁸⁰, ello no excluye que pueda demostrarse la existencia de accidente de trabajo si acaece la enfermedad de manera repentina y traumática.

También en relación a esta Sentencia, como expresa BARCELON COBEDO ²⁸¹, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria de 1 de junio 2004, sentencia que es la recurrida en casación y resuelve el Tribunal

²⁷⁸ Vid. *Derecho de la Seguridad Social*. AA.VV. (Directores ROQUETA BUJ y GARCIA ORTEGA), ob.cit. págs. 113 y ss.

²⁷⁹ En el mismo sentido se manifiesta BLASCO LAHOZ, J.F.: *ENFERMEDADES PROFESIONALES. Legislación, doctrina y jurisprudencia*, ob. cit. pág. 66.

²⁸⁰ LIMON LUQUE, M.A.: “Determinación de la profesión habitual cuando la enfermedad profesional causante estuvo latente durante largo tiempo” en *Actualidad Laboral*, núm. 16 – 2007, págs. 1916-1924.

²⁸¹ BARCELON COBEDO, S.: “El valor de la presunción del artículo 116 (artículo 157 de la vigente LGSS) de la Ley General de la Seguridad Social”. *Revista doctrinal Aranzadi Social* núm. 19/2011. BIB 2010/3050.

Supremo, considera accidentes de trabajo a las enfermedades o defectos que padece el trabajador con anterioridad y que se agravan como consecuencia de la lesión que produce el accidente. El Tribunal Superior de Justicia consideró más relevante en la producción de la lesión el accidente de trabajo que el propio proceso que ha generado la enfermedad como consecuencia de la realización habitual de las tareas laborales, porque sin el accidente no se hubiera mostrado la lesión, o lo hubiera hecho más tarde. Confirmando la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, el Tribunal Supremo en la Sentencia de 14 de febrero 2006 califica la lesión de accidente de trabajo. Por tanto se plantea el problema de una posible coincidencia entre los riesgos profesionales en virtud del juego de los artículos 156.2. f) y 157 de la LGSS, pues en ambos se podría incluir el hecho planteado por los recurrentes, y según el Fundamento Cuarto Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de febrero 2006 “que el alcance de la presunción legal de laboralidad de las enfermedades profesionales incluidas en la lista reglamentaria tiene en materia de Seguridad Social la finalidad meramente instrumental de facilitar la acreditación de la protección reforzada de los riesgos profesionales y no la finalidad meramente sustantiva de diferenciar de manera significativa la intensidad de la protección dispensada”.

En el mismo sentido lo considera BARCELON COBEDO²⁸², que considera que la presunción legal de laboralidad de las enfermedades profesionales incluidas en la lista del RD tiene en materia de la Seguridad Social la finalidad meramente instrumental de facilitar la acreditación aumentada de los riesgos profesionales, y no la finalidad sustantiva de diferenciar de manera significativa la intensidad de la protección dispensada. Por tanto, del artículo 157 LGSS, no se desprende necesariamente la consecuencia de excluir para la enfermedad listada la calificación de accidente de trabajo en sentido estricto, ya que desde

²⁸² BARCELON COBEDO, S.: “El valor de la presunción del artículo 116 (artículo 157 de la vigente LGSS) de la Ley General de la Seguridad Social”. *Revista doctrinal Aranzadi Social* núm. 19/2011. BIB 2010/3050.

el punto de vista del asegurado, aquella y éste conducen virtualmente a las mismas consecuencias prácticas.

Desde el punto de vista de la responsabilidad aseguradora que es el único que importa en el presente asunto, hay que optar por la aplicación prevalente del artículo 156.2.f de LGSS sobre el artículo 157 de LGSS, o de este último con exclusión del primero”²⁸³.

Del mismo modo y con similar argumentación se expresa la Sentencia Tribunal Supremo 25 de enero 2006 (recurso núm. 284/2004) la presunción de enfermedad profesional tiene como finalidad facilitar la prueba del carácter profesional de la contingencia, pero ello no excluye que pueda demostrarse la existencia de accidente de trabajo si acaece la enfermedad de manera repentina y traumática.

Por otra parte, la Sentencia Tribunal Supremo 20 de diciembre de 2007 (recurso núm. 2579/2006) viene a defender la presunción de laboralidad de las enfermedades que están listadas “la jurisprudencia de esta sala ha venido señalando, que a diferencia del accidente de trabajo respecto del que es necesaria la "prueba del nexo causal lesión-trabajo" para la calificación de laboralidad, "en virtud de la presunción contenida en el artículo 157 de la LGSS, tal prueba no se exige al trabajador, en ningún caso, en las enfermedades profesionales listadas", poniendo de relieve con ello que el sistema vigente en nuestro ordenamiento conlleva una paladina seguridad jurídica ya que se presumen “iuris et de iure” como enfermedades profesionales todas las enfermedades listadas”

²⁸³ En el mismo sentido SSTSJ Castilla-Leon, Valladolid, 25 de septiembre 2006 (recurso núm. 1508/2006), 15 de abril 2009 (recurso núm. 193/2009), Burgos 3 de diciembre 2009 (recurso núm. 659/2009), ésta doctrina jurisprudencial considera que la presunción legal de laboralidad de las enfermedades profesionales incluidas en la lista tiene en materia de Seguridad Social la finalidad meramente instrumental de facilitar la acreditación reforzada de los riesgos profesionales.

En el mismo sentido se manifiestan las Sentencias Tribunal Supremo 5 de noviembre 2014 (recurso núm. 1515/2013) y 18 de mayo 2015 (recurso núm. 1643/2014) "Para saber entonces si nos encontramos ante una enfermedad profesional, habrá que analizar si el causante reúne los tres requisitos que la citada norma (artículo 157 LGSS) exige para ello: 1º que la enfermedad se haya contraído a consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena; 2º que se trate de alguna de las actividades que reglamentariamente se determinan; y 3º que esté provocada por la acción de elementos y sustancias que se determinen para cada enfermedad".

3.4.2. Objeto común de accidente de trabajo y enfermedad profesional: proteger al trabajador.

Como ejemplo de una sentencia innovadora en materia de enfermedad profesional, según expresa LIMON LUQUE²⁸⁴, está la Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de enero de 2007 (recurso núm. 2827/2005), en ésta sentencia se resuelve un supuesto de calificación de incapacidad permanente consecuencia de enfermedad profesional, donde se pone de relieve que la distinción entre enfermedad profesional y accidente de trabajo es, aún, hoy en día, algo artificiosa y necesitada de una interpretación flexible que analice globalmente la contingencia profesional. Por otra parte, enfermedad profesional y accidente de trabajo son dos contingencias con una común característica: proteger al trabajador.

²⁸⁴ LIMON LUQUE, M.A.: "Determinación de la profesión habitual cuando la enfermedad profesional causante estuvo latente durante largo tiempo" en *Actualidad Laboral*, núm. 16 – 2007. Páginas 1916-1924.

Delimitando el problema planteado en el recurso queda reducido a determinar si debe tomarse como profesión para la declaración de invalidez aquella en la que contrajo la enfermedad profesional o la que precedió en un año a la declaración de invalidez. En el Fundamento segundo la Sentencia dice “Por otra parte, enfermedad profesional y accidente de trabajo son dos contingencias con una común característica: proteger al trabajador de las dolencias causadas a consecuencia del trabajo, y en el accidente se toma en consideración la profesión que se ejercitaba cuando ocurrió y la enfermedad profesional de muy lenta evolución, como la silicosis o la asbestosis, debe llegarse a la misma conclusión.

Estas circunstancias fueron determinantes en la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de diciembre de 1972 que consagró como doctrina legal que la fecha del diagnóstico de la enfermedad profesional de silicosis, aunque el enfermo se encuentre en una situación de inactividad laboral por jubilación o por otra causa cualquiera, de cese en el trabajo, es el momento que determina el cálculo de la cuantía de su pensión, de acuerdo con los salarios que entonces perciben los que se encuentren en actividad laboral, con la categoría y condiciones del declarado invalido”.

Resumiendo la Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de enero de 2007 (recurso 2827/2005) dictamina que para la declaración de una incapacidad permanente total sufrida por un trabajador incluido en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, cuando el origen de la misma es consecuencia de una enfermedad no contraída en el desarrollo de su profesión habitual, sino de una anterior, que tiene la calificación de enfermedad profesional debe tenerse en cuenta la profesión realizada por el trabajador en el momento de contraer la

enfermedad profesional, dada la especial naturaleza de esta patología y, en su carácter insidioso latente y larga evolución.²⁸⁵

Por tanto, no se puede olvidar, como se ha mencionado en reiterativas ocasiones, que hay una serie de mejoras en el ámbito de la acción protectora que afectan exclusivamente a las enfermedades profesionales, por este motivo el tratamiento de las enfermedades profesionales como accidentes de trabajo notoriamente desfavorece a los trabajadores, tal y como dice BARCELON COBEDO²⁸⁶, evidentemente si redirigimos a la consideración de accidente de trabajo determinadas situaciones que podrían constituirse como enfermedad profesional, es incuestionable que simplifica su proceso de calificación, por cuanto resulta mucho más complejo teniendo en cuenta que es un proceso lento, donde no resulta fácil formular con seguridad cuando y como se produjo.

La actual lista de enfermedades profesionales, RD 1299/2006, incorpora en el Anexo II una lista de enfermedades aspirantes a ser profesionales, se sospecha que en un futuro se incluirán en el Anexo I. Quizá esto significa que el legislador al establecer un Anexo II pretendía establecer un sistema de lista mixto de declaración de enfermedades profesionales, y ello puede suponer la ampliación de los riesgos profesionales a las denominadas enfermedades del trabajo.

La interpretación flexible de la lista de enfermedades profesionales permitiría para dar cabida a las enfermedades del trabajo.

²⁸⁵ PEDRAJAS MORENO, A. "La enfermedad profesional concepto y manifestaciones". Justicia Laboral, núm. 37. 2009. p 22.

²⁸⁶ BARCELON COBEDO, S.: "El valor de la presunción del artículo 116 (artículo 157 de la vigente LGSS) de la Ley General de la Seguridad Social". *Revista doctrinal Aranzadi Social* núm. 19/2011. BIB 2010/3050.

3.5. Peculiaridades en la protección de las contingencias profesionales.

El régimen de la tutela del Sistema de la Seguridad Social de las contingencias profesionales, según MONEREO PEREZ²⁸⁷, sigue manteniendo un amplio abanico de singularidades y privilegios sobre las contingencias comunes, según cuál sea la naturaleza del riesgo que provoque la situación de necesidad determinará un distinto tratamiento de la misma, porque las contingencias profesionales disfrutan de una posición especial respecto a las contingencias comunes.

Por otra parte, para PEREZ ALONSO²⁸⁸, tanto el accidente de trabajo como la enfermedad profesional son protegidos de manera más completa por el ordenamiento jurídico, no solo desde el ámbito de la Seguridad Social, sino también desde el ámbito laboral, el ámbito penal y desde la prevención de los riesgos profesionales.

De este modo la protección más favorable para el beneficiario por las contingencias profesionales se puede resumir en los siguientes aspectos:

1º.- La acción protectora para las contingencias profesionales es superior en sentido material, al corresponderle prestaciones especializadas, indemnizaciones por lesiones permanentes no invalidantes, según expresa el artículo 201 LGSS²⁸⁹; existencia de periodos de observación por enfermedad profesional recogido en el artículo 169.1.b LGSS; traslados de puesto de

²⁸⁷ MONEREO PEREZ, J.L. y FERNÁNDEZ AVILÉS J.A.: "Determinación de las contingencias de la Seguridad Social". *Aranzadi Social*, 2008, núm. 19. BIB 2008/3064.

²⁸⁸ PEREZ ALONSO, M.A.: "Las distintas formas de accidente de trabajo" en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 18.

²⁸⁹ Se trata de compensar económicamente al trabajador por las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, ya sean causadas tanto por accidente de trabajo como por enfermedad profesional, que no llegan a constituir una incapacidad permanente, pero suponen una disminución o alteración de la integridad física del trabajador, siempre que estén recogidas en el baremo establecido al efecto.

trabajo como se contempla en el artículo 36.4.2º párrafo del ET²⁹⁰ y en el artículo 25 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y del mismo modo contemplado en el artículo 48 del Reglamento de Enfermedad Profesional²⁹¹; indemnizaciones a tanto alzado por fallecimiento artículo 227 LGSS: criterios de cálculo de prestaciones más beneficiosos; se incluyen las horas extraordinarias en la base de cotización.

2º.- Reglas especiales de financiación y aseguramiento, por cuanto el empresario asume plenamente la cotización, en esta línea BLASCO LAHOZ²⁹², indica que los empresarios son los únicos obligados a realizar el pago de las cotizaciones en su totalidad para la cobertura de los riesgos profesionales, según expresa el artículo 141.3 LGSS “por las contingencias de accidente de trabajo y enfermedades profesionales la cotización completa correrá a cargo exclusivamente de los empresarios”, y el artículo 144.6 LGSS matiza aún más al establecer que la cotización por éstas contingencias “existirá aunque la empresa con infracción de lo establecido en esta ley, no tuviera establecida la protección de su personal, o de parte de él, respecto de dichas contingencias. En tal caso, las primas debidas se devengarán a favor de la TGSS”.

3º- Se atenúan los requisitos de acceso a las prestaciones, mediante el mecanismo de la automaticidad plena o alta presunta de pleno derecho, como describe BLASCO LAHOZ²⁹³, y se describe en el artículo 166.4 LGSS. El alta

²⁹⁰ contempla “los trabajadores nocturnos a los que se reconozcan problemas de salud ligados al hecho de su trabajo nocturno tendrán derecho a ser destinados a un puesto de trabajo diurno que exista en la empresa y para el que sean profesionalmente aptos. El cambio de puesto de trabajo se llevara a cabo de conformidad con lo dispuesto en los arts. del ET 39 (movilidad funcional) y 41 (modificación sustancial de las condiciones de trabajo).

²⁹¹ Orden del 9 de mayo de 1962 por el que se aprueba el RD 792/1961 de 13 abril, por el que se organiza el aseguramiento de las enfermedades profesionales y la obra de grandes inválidos y huérfanos de fallecidos por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

²⁹² BLASCO LAHOZ, F.J. “Especialidades en el acceso a las prestaciones derivadas de contingencias profesionales”. En AA.VV. (Dir. PEREZ ALONSO M.A.): *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. Valencia 2015. Tirant lo Blanc. págs. 96-97.

²⁹³ BLASCO LAHOZ, F.J.: “Especialidades en el acceso a las prestaciones derivadas de contingencias profesionales”. *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. Ob. cit. págs. 94-95. Cabe recordar

presunta o de pleno derecho se produce cuando hay actividad laboral normal, y por tanto también debería haber alta real, pero cuando el empresario no ha cumplido sus obligaciones el legislador le otorga la protección automáticamente al trabajador, para que el trabajador no tenga que sufrir las consecuencias cuando el empresario no cumple, en relación con las prestaciones derivadas de contingencias profesionales. Pero como expresa PEREZ ALONSO²⁹⁴, cuando el trabajador sufre un accidente de trabajo o una enfermedad profesional será protegido por el sistema de Seguridad Social mediante el anticipo de las prestaciones, como establece el artículo 167.3 LGSS, excepto si se trata de la prestación de incapacidad temporal, en cuyo caso no se adjudicará, así lo establece la Sentencia del Tribunal Supremo de 17 de febrero 2009, (recurso núm. 4320/2007): "procede la responsabilidad exclusiva de la empresa y sin que el INSS esté obligado a anticipar el importe de la prestación al tratarse de la incapacidad temporal". En los supuestos de incumplimiento de obligaciones de Seguridad Social, el responsable final de las prestaciones derivadas de accidente de trabajo y enfermedad profesional será el empresario, cuando no haya cumplido las obligaciones de dar de alta con carácter previo al inicio de la actividad laboral al trabajador.

que existen tres variedades de alta, a)- el alta real, es la que se produce con el ingreso en el trabajo o al iniciarse la actividad profesional y ésta se mantiene durante el tiempo que el trabajador presta sus servicios o desarrolla su actividad; b)- el alta asimilada, que son aquellas situaciones creadas y configuradas por el legislador para aquellas situaciones en las que se suspende o se extingue la actividad laboral o profesional, y por tanto se produciría la baja en la relación de Seguridad Social, y en cambio se mantiene y protege al trabajador, configurando una ficción jurídica mediante la cual se cumple el requisito del alta, permitiendo el acceso a las prestaciones; y c)- el alta presunta o de pleno derecho, cuando se ha producido una contingencia profesional, en la que se elabora un tratamiento diferente de la situación de alta.

El alta presunta o de pleno derecho es la situación donde existe actividad normal de trabajo, y por tanto debería existir alta real, si el empresario no ha cumplido sus obligaciones el legislador le concede la protección automáticamente al trabajador, de esta manera el trabajador no tiene que sufrir las consecuencias del incumplimiento del empresario.

²⁹⁴ PEREZ ALONSO, M.A.: "Las distintas formas de accidente de trabajo" en *El accidenten de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. págs. 20,21.

Así, en esta línea, cuando el origen del hecho causante es una contingencia profesional, el artículo 2.2 de la OM de 13 de febrero 1967²⁹⁵, establece que las prestaciones por muerte y supervivencia, manifestando que, en todo caso, se causaran las prestaciones por muerte y supervivencia de los trabajadores fallecidos por accidente de trabajo o enfermedad profesional, incluso si el sujeto causante no se encuentra dado de alta real por el empresario en la Seguridad Social, se deducirá que se encuentra en una situación asimilada, como alta presunta o de pleno derecho, así lo respalda la jurisprudencia del Tribunal Supremo “la falta de alta no excluye al trabajador de las prestaciones de la Seguridad Social en materia de accidentes de trabajo, ni por supuesto de la protección derivada de la relación de aseguramiento concertada entre la empresa incumplidora y la Mutua patronal. Y en virtud del principio de automaticidad de las prestaciones, el incumplimiento de las obligaciones del empresario en materia de afiliación, altas y bajas y de cotización determinara la exigencia de su responsabilidad, sin perjuicio de lo cual las Entidades Gestoras, las Mutuas Patronales, o en su caso, los servicios comunes procederán al pago de las prestaciones a los beneficiarios” SSTS 16 de junio 1995 (recurso núm. 217/1995), 3 de abril 1997 (recurso núm. 3864/1995), 27 de octubre 2004 (recurso núm. 5097/2003)²⁹⁶.

4º.- También se considera una situación privilegiada el alta especial en caso de huelga y cierre patronal, si se inicia la baja médica, como señala BLASCO LAHOZ²⁹⁷, durante la huelga o cierre patronal si la IT deriva de accidente de trabajo se reconoce y paga la prestación.

²⁹⁵ Orden de 13 de febrero de 1967, por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo de las prestaciones de muerte y supervivencia del Régimen General de la Seguridad Social. (BOE de 23 de febrero de 1967).

²⁹⁶ En el mismo sentido STSJPV 19 de octubre 2012 (recurso apelación núm. 1372/2009).

²⁹⁷ BLASCO LAHOZ, J.F.: “La incapacidad temporal por contingencias comunes”, en AA.VV. *Las contingencias comunes protegidas por la Seguridad Social. Estudio de su régimen jurídico*. Granada 2008. Editorial Comares, pág. 47.

5º.- Asimismo será responsable el empresario aun cuando no haya cumplido con la obligación de cotizar, a menos que se trate de descubiertos ocasionales.

La protección se ofrece al trabajador, incluso en el supuesto que se trate de empresas desaparecidas, artículo 167.3 LGSS, o de aquellas empresas que por su naturaleza no puedan ser objeto de procedimiento de apremio.

6º.- No se exigen periodos de cotización previa²⁹⁸. Este privilegio aparece recogido en el artículo 165.4 LGSS.

Por otra parte considera GONZALEZ MARTINEZ²⁹⁹, que existen razones para justificar el trato diferenciador que perciben las contingencias profesionales en perjuicio de las contingencias comunes, en cuanto a no exigirles periodos de cotización previa, desde el punto de vista preventivo se justifica para evitar situaciones de fraude que podrían originarse, en caso de no exigirse un periodo mínimo de carencia en las contingencias comunes, pues podría originar la obtención de manera indebida de una prestación económica estimulando la connivencia fraudulenta entre empresario y trabajador, y desde otra perspectiva, esta diferencia de exigencia de cotización supone un ahorro de medios económicos de la Seguridad Social, así en las contingencias comunes quienes no reúnan la condición de carencia no tendrá derecho a la prestación de incapacidad temporal, ni tampoco otras prestaciones que no proceda su percibo sí las mismas están condicionadas a la exigencia de un periodo previo de cotización.

7º.- De otro lado se contemplan prestaciones específicas y una mayor protección en orden a ciertas prestaciones como para el caso de lesiones

²⁹⁸ Vid. GARCIA ORTEGA, J.: "Acción protectora: las contingencias protegidas". En AA.VV.: *Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit. pág. 153.

²⁹⁹ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El Trato Privilegiado de las Prestaciones de Origen Profesion*, ob. cit. pág. 266.

permanentes no invalidantes. Así si se producen lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, ocasionadas por accidente de trabajo o enfermedad profesional, pero que no ocasionen una incapacidad permanente, suponen una alteración de la integridad física del trabajador, por lo que tendrá derecho a percibir una indemnización, sin perjuicio del derecho del trabajador a seguir en servicio en la empresa, de conformidad con el artículo 201 LGSS.

8º.- También originaran derecho a las prestaciones que derivan de contingencias profesionales, y por tanto se aplica la presunción “iuris et de iure” a favor de aquellos que tienen reconocida una incapacidad permanente absoluta o gran invalidez, como se desprende del artículo 217.2 LGSS, cuando su fallecimiento es debido a riesgo profesional, como considera GONZALEZ MARTINEZ³⁰⁰, en cambio hay una presunción menos poderosa, tanto “iuris tantum”, donde se podrá probar que la muerte deriva de contingencias profesionales, siempre que el fallecimiento suceda dentro de los 5 años siguientes a que se produjo el accidente y sin ninguna limitación temporal si deriva de enfermedad profesional, de conformidad con el artículo 2 OM de 13 de octubre 1967 y el artículo 217.2 “in fine” LGSS. En consecuencia, como expresa PEREZ ALONSO³⁰¹, se consideraran en alta de pleno derecho los trabajadores del Régimen General de la Seguridad Social, a los efectos de devengar la protección por riesgo profesional, incluso cuando el empresario no hubiera cumplido sus obligaciones de afiliación o alta del trabajador, tampoco se requiere periodo de cotización alguna, estableciéndose una indemnización a tanto alzada, como hemos mencionado, para determinados familiares, en los casos de muerte del sujeto causante.

³⁰⁰ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El Trato Privilegiado de las Prestaciones de Origen Profesional*. ob. cit. pág. 333.

³⁰¹ PEREZ ALONSO, M.A.: *Nueva pensión de viudedad y orfandad en el RGSS (especial referencia a la Ley 40/2007)*. Valencia 2008. Colección laboral núm. 182. Editorial Tirant lo Blanch, pág. 29

9º.- Cuando los trabajadores hubieran desaparecido con ocasión de un accidente, en circunstancias que hagan presumir su muerte y no hayan tenido noticias suyas en los 90 días siguientes al accidente podrán causar las prestaciones por muerte y supervivencia, excepción realizada del auxilio por defunción, y se retrotraerán los efectos económicos a la fecha del accidente, de conformidad con el artículo 217.3 LGSS.

10º.- En el supuesto que establece el artículo 216.2 LGSS, cuando el accidente de trabajo o la enfermedad profesional ocasionen la muerte del trabajador, se reconocerá además una indemnización a tanto alzado, tal y como expresa PEREZ ALONSO³⁰², al cónyuge o la pareja de hecho y los huérfanos tendrán derecho a percibir las indemnizaciones adicionales, de conformidad con el artículo 227 LGSS, además de percibir las pensiones de viudedad y orfandad, cuando estos beneficiarios no existan, la indemnización se devengara a favor de los padres que dependan del trabajador fallecido, siempre que no perciban rentas superiores al Salario Mínimo Interprofesional, artículo 227.2 LGSS. Las indemnizaciones que percibirán serán de 6 mensualidades de la Base Reguladora de la pensión de viudedad para el cónyuge supérstite o la parte proporcional, para el supuesto de tratarse de cónyuge separado o divorciado, que le corresponderá según la convivencia matrimonial, y para cada uno de los huérfanos le corresponderá 1 mensualidad; y si fuesen los padres los que percibieran la indemnización les corresponderían 9 mensualidades o 12 si sobreviven ambos ascendientes.

11º.- En relación a la asistencia sanitaria, tal y como se desprende del artículo 86.2.b LGSS, cuando la asistencia sanitaria derive de accidente de trabajo o enfermedad profesional, esta prestación de manera excepcional tiene naturaleza contributiva, siendo gestionada por las Mutuas Colaboradoras

³⁰² PEREZ ALONSO, M.A.: "Las distintas formas de accidente de trabajo" en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob. cit. pág. 19.

Seguridad Social (en adelante MCSS), artículo 80.2.a LGSS. Además, como expresa PEREZ ALONSO³⁰³, la cartera de servicios comunes se incluye como plus en la protección los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos con finalidad estética siempre y cuando guarden relación con accidente o enfermedad o malformación congénita, (Anexo II, punto 5 del RD 1030/2006).

Por otro lado, la Orden TIN 971/2009, de 16 de abril, donde se establece que se compensaran los gastos de transporte en los supuestos de asistencia sanitaria derivada de riesgos profesionales, así como de comparencias para la realización de exámenes o valoraciones médicas que exijan las Entidades Gestoras o las MCSS, se tendrá derecho al resarcimiento de los gastos ocasionados por los medios ordinarios de transporte, incluido el taxi, cuando su utilización sea exigida por razones médicas y prescrita por el facultativo³⁰⁴.

12º.- La presencia de entidades de colaboración en la gestión, como Mutuas y empresas colaboradoras, artículo 80.2.a LGSS³⁰⁵.

13º.- Asimismo adquiere gran relevancia el concepto de riesgo profesional a efectos de la protección de los extranjeros irregulares³⁰⁶.

14º.- Se contemplan posibles recargos de cotización o de prestaciones por inobservancia de medidas de seguridad e higiene, como describe LOPEZ GANDIA³⁰⁷, porque conllevaría aumentar el riesgo profesional. Precisamente, el recargo esta previsto desde la Ley de 1900, como expresa GARCIA

³⁰³ PEREZ ALONSO, M.A.: "La asistencia sanitaria". En *Derecho de la Seguridad Social. ob. cit. págs. 253-254.*

³⁰⁴ Esta compensación económica también se aplica en los procesos derivados de contingencias comunes; vid PEREZ ALONSO, M.A.: "La asistencia sanitaria" en *Derecho de la Seguridad Social. ob. cit. págs. 254.*

³⁰⁵ Aunque también pueden asumir contingencias comunes.

³⁰⁶ Vid: FERNANDEZ DOMINGUEZ, J.J.: *Protección social complementaria de accidente de trabajo y enfermedad profesional.* Valencia 1999. Editorial Tirant lo Blanch.

³⁰⁷ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales" en AA.VV.: *Nueva regulación de las enfermedades profesionales,* ob. cit. pág. 15.

ORTEGA³⁰⁸, en la que se determinaba que procedía el aumento de las prestaciones cuando el accidente se producía en máquinas o artefactos carentes de los dispositivos de precaución. En el año 1962 se amplió su ámbito de aplicación a la enfermedad profesional.

3.5.1. Especial referencia al recargo de prestaciones de Seguridad Social.

Cuando en el trabajo se infringen las medidas de seguridad y salud, o las medidas preventivas y a consecuencia se derive un accidente de trabajo o enfermedad profesional además de las prestaciones ordinarias que se originan por riesgos profesionales, como destaca CAVAS MARTINEZ y FERNANDEZ ORRICO³⁰⁹, las prestaciones se incrementaran entre un 30 y un 50%, de conformidad con el artículo 164.1 LGSS. Este artículo 164 LGSS, como expresa RODRIGUEZ PASTOR³¹⁰, si bien es cierto que no determina unos criterios que nos permitan determinar de manera objetiva el porcentaje que debemos imponer a cada caso concreto, pero si contiene una directriz general según la gravedad de la falta, de tal modo que faculta, tanto a la entidad gestora como al órgano judicial a actuar con un extenso margen de apreciación para determinar el porcentaje que deba imponer. Por otra parte el porcentaje que se aplique al final, como enuncia RODRIGUEZ PASTOR³¹¹, solo se realizará a la cuantía inicial no a las posteriores revalorizaciones, (STSJ Galicia de 25 de septiembre 1997, recurso núm. 1750/97).

³⁰⁸ GARCIA ORTEGA, J.: "Acción protectora: las prestaciones y su régimen jurídico", en *Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit. pág. 230.

³⁰⁹ CAVAS MARTINEZ, F. y FERNANDEZ ORRICO, F.J. *La cobertura de las contingencias profesionales en el sistema español de Seguridad Social*, ob. cit. pág. 118.

³¹⁰ RODRIGUEZ PASTOR, G. E.: "El recargo de las prestaciones de Seguridad Social en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional", *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional* ob.cit. pág. 152.

³¹¹ RODRIGUEZ PASTOR, G. E.: "El recargo de las prestaciones de Seguridad Social en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob.cit. pág. 152.

El recargo es una medida destinada a estimular la prevención, como expresa ALONSO MELLADO³¹², se reconoce un posible recargo entre un 30 y un 50% a cargo del empresario que resulte infractor, y que se puede imponer a todas las prestaciones de la Seguridad Social que deriven del accidente de trabajo o la enfermedad profesional, siempre y cuando se hayan producido como consecuencia de haberse producido infracciones en las normas preventivas.

Asumiendo también la responsabilidad para el supuesto que se estableciese recargo de prestaciones, artículo 164 LGSS, según describe RODRIGUEZ PASTOR³¹³ es necesario que se reúnan una serie de condiciones para que el empresario sea responsable: 1.- que la empresa infrinja la normativa de prevención de riesgos laborales³¹⁴; 2.- como consecuencia de la infracción se genere un daño efectivo al trabajador; 3.- que este daño ocasione alguna prestación de seguridad social; 4.- que exista una relación de causalidad entre la infracción empresarial y el daño.

3.5.1.1. Naturaleza jurídica del recargo.

No es uniforme la doctrina en cuanto a la delimitación de la naturaleza jurídica del recargo. La postura doctrinal mayoritaria y tradicional, como describen ALONSO OLEA y TORTUERO PLAZA³¹⁵, se decanta por el carácter eminentemente sancionador o punitivo del recargo, por cuanto reúne los requisitos de la sanción, procede de la autoridad administrativa, tiene que

³¹² ALONSO MELLADO, C.L.: "Indemnizaciones derivadas de la responsabilidad empresarial por accidentes de trabajo. Problemas esenciales", en *El accidenten de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. págs. 175.

³¹³ RODRIGUEZ PASTOR, G. E.: "El recargo de las prestaciones de Seguridad Social en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional" *El accidenten de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit., págs. 145 y ss.

³¹⁴ Tanto las normas internacionales (Convenio núm. 155 OIT), como nacionales (art 40.2 Constitución Española, la Ley Prevención Riesgos Laborales) ordenan un deber general empresarial de garantizar la seguridad y la salud en el trabajo.

³¹⁵ ALONSO OLEA, M y TORTUERO PLAZA, J.L.: *Instituciones de la Seguridad Social*, pág. 147.

haberse incumplido primero la normativa sobre prevención de riesgos labores por parte del empresario, su finalidad es censurar los comportamientos ilícitos y no se puede asegurar, tal y como expresa el artículo 164.2 de LGSS “no podrá ser objeto de seguro alguno, siendo nulo de pleno derecho cualquier pacto o contrato”.

Los tribunales buscaban en una primera etapa, para proceder a imponer el recargo, la concreta y precisa medida que se había incumplido, se denominaba, como describe PEREZ ALONSO³¹⁶, la doctrina culpabilista. Pero con el transcurso del tiempo los tribunales evolucionaron hacia una responsabilidad empresarial casi objetiva, y se le exigía al empresario que había cumplido con todas sus obligaciones en materia preventiva, exigiéndosele una conducta activa en todos los riesgos que potencialmente puedan determinar un riesgo para el trabajador, por lo que los empresarios deberían estar obligados de manera continua a evitar el peligro que pudiera ocasionar el potencial accidente de trabajo o enfermedad profesional. En esta misma línea se ha expresado recientemente la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 24 de mayo 2019 (recurso núm. 484/2019).

Conviene destacar que al empresario se le ha impuesto, en este sentido se expresa PEREZ ALONSO³¹⁷, una revisión constante y permanente en la eliminación de los riesgos, peligros y peligros posibles que pudieran generarse mientras el trabajador desempeña su trabajo, en esta línea la Sentencia del Tribunal Supremo 19 de marzo 2010 (recurso núm. 1469/2009) donde se interpreta como una ampliación de la culpa in vigilando.

³¹⁶ PEREZ ALONSO, M.A.: “El derecho a la Seguridad y Salud de los trabajadores: aspectos prácticos del recargo de prestaciones”, en *Revista jurídica de los Derechos Sociales Lex Social*, vol. 5 núm. 1/2015, págs. 117-126.

³¹⁷ PEREZ ALONSO, M.A.: “El derecho a la Seguridad y Salud de los trabajadores: aspectos prácticos del recargo de prestaciones”, en *Revista jurídica de los Derechos Sociales*, ob. cit., págs. 117-126.

Hay un deber general empresarial de garantizar la seguridad y la salud en el trabajo, como expresa RODRIGUEZ PASTOR³¹⁸, tanto en las normas internacionales, europeas, constitucionales como nacionales. En concreto en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales se establecen estas obligaciones empresariales en los artículos 14.2 y 3 “en cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo”, “el empresario deberá cumplir las obligaciones establecidas en la normativa sobre prevención de riesgos laborales; el artículo 15.4 “la efectividad de las medidas preventivas deberá prever las distracciones o imprudencias no temerarias que pudiera cometer el trabajador; y el 17.1 “El empresario adoptará las medidas necesarias con el fin de que los equipos de trabajo sean adecuados para el trabajo que deba realizarse y convenientemente adaptados a tal efecto, de forma que garanticen la seguridad y la salud de los trabajadores al utilizarlos”.

Por otra parte, y de la lectura de estos preceptos, como expresa RODRIGUEZ PASTOR³¹⁹, la jurisprudencia razona, por un lado que el “deber de protección del empresario es incondicional y prácticamente ilimitado”, por cuanto los empresarios deben adoptar todas las medidas de protección que fuesen necesarias, deben prever incluso la esporádica imprudencia no temeraria de los trabajadores, en este sentido Sentencias Tribunal Supremo 12 de julio 2007 (recurso núm. 938/06), 26 de mayo 2009 (recurso núm. 2304/08), 22 de julio 2010 (recurso núm. 1241/09), 12 de junio 2013 (recurso 793/12); por otro lado cuando los empresarios vulneren la normativa de seguridad en el

³¹⁸ RODRIGUEZ PASTOR, G. E.: “El recargo de las prestaciones de Seguridad Social en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional”, en *El accidenten de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. págs. 145.

³¹⁹ RODRIGUEZ PASTOR, G. E.: “El recargo de las prestaciones de Seguridad Social en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional”, en *El accidenten de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. págs. 146 y 147.

trabajo debe realizarse un enjuiciamiento riguroso, en este sentido Sentencias del Tribunal Supremo de 8 de octubre 2001 (recurso núm. 4403/00), 26 de mayo 2009 (recurso núm. 2304/08).

En cambio, se cuestionan la naturaleza sancionadora, otro sector doctrinal como SEMPERE NAVARRO³²⁰, CAVAS MARTINEZ y FERNANDEZ ORRICO³²¹, por cuanto no concurren las notas que caracterizan a la sanción, no se impone por un incumplimiento objetivo tipificado en la norma, además el importe del recargo ingresa en el patrimonio del trabajador accidentado no en el sistema de la Seguridad Social.

La doctrina jurisprudencial mayoritaria, según GONZALEZ MARTINEZ³²² considera el recargo como una medida eminentemente sancionadora, en este sentido en la Sentencia del Tribunal Supremo 20 de marzo 2007 (recurso núm. 609/2006) “se afirma que el recargo es una pena o sanción que se añade a una propia prestación previamente establecida y cuya imputación solo es atribuible, en forma exclusiva, a la empresa incumplidora de sus deberes en tema de seguridad e higiene en el trabajo”³²³.

Por otra parte en la Sentencia del Tribunal Supremo de 9 febrero 2006 (recurso núm. 4100/2004) establece que “en el recargo por falta de medidas de seguridad, nos hallamos ante un recurso punitivo en el que se busca primordialmente restituir la norma jurídica a su lugar rector de las conductas, aunque la compensación no la recibe el Estado, inmediato perjudicado, por la

³²⁰ SEMPERE NAVARRO, A.V.: *La responsabilidad empresarial por accidente de trabajo*. V Congreso Nacional del Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Pamplona 27-28 mayo 1994. pág. 28

³²¹ CAVAS MARTINEZ, F. y FERNANDEZ ORRICO, F.J.: *La cobertura de las contingencias profesionales en el sistema español de Seguridad Social*. ob. cit. pág. 122

³²² GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El Trato Privilegiado de las Prestaciones de Origen Profesional*, ob. cit. pág. 319.

³²³ En el mismo sentido, STS 23 de marzo 1993 (recurso núm. 2686/1993), STS 22 septiembre 1994 (recurso núm. 801/1994) “su carácter sancionador se deja notar en su ineludible imputación al patrimonio del empresario infractor y en la prohibición de aseguramiento”³²³, por lo que se debe interpretar de manera restrictiva de acuerdo a STC 21/2011 de 14 de marzo (recurso amparo núm.2420-2007).

conculcación de su ordenamiento, sino quienes han recibido sobre sí el segundo grado de consecuencias, el *damnum*”.

Por su parte, como expresa PEREZ ALONSO³²⁴ los tribunales han calificado el recargo de prestaciones como una indemnización adicional que se satisface en forma prestacional atípica, donde no cabe desplazamiento de responsabilidad de la empresa a la aseguradora, como lo establece el artículo 164.2 LGSS “la responsabilidad del pago del recargo establecido en el apartado anterior recaerá directamente sobre el empresario infractor y no podrá ser objeto de seguro alguno, siendo nulo de pleno derecho cualquier pacto o contrato que se realice para cubrirla, compensarla o transmitirla”, por lo tanto recae únicamente sobre el empresario. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 23 septiembre 2009 (recurso núm. 753/2009). De este modo, como expresa GARCIA ORTEGA³²⁵, en caso de contrata o subcontrata, cualquiera que sea la naturaleza, la responsabilidad en orden al recargo de prestaciones puede alcanzar al empresario principal si el accidente se produjo dentro de su esfera de responsabilidad, en este sentido se expresa la Sentencia del Tribunal Supremo 20 de marzo 2012 (recurso núm. 1470/2011). En la misma línea, como expresa GARCIA ORTEGA³²⁶, en caso de contrato de puesta a disposición entre una Empresa de Trabajo Temporal (ETT) y una empresa usuaria, ésta deviene responsable del recargo, artículo 16.2 Ley Empresa de Trabajo Temporal (en adelante LETT) y el artículo 42.3 de la Ley sobre Infracciones y Sanciones de Orden Social, también cabría que lo fuera la propia empresa de trabajo temporal si incumple las obligaciones formativas y de vigilancia de la salud que tiene respecto de los trabajadores,

³²⁴ PEREZ ALONSO, M.A.: “El derecho a la Seguridad y Salud de los trabajadores: aspectos prácticos del recargo de prestaciones”, en *Revista jurídica de los Derechos Sociales*, ob. cit. págs. 117-126.

³²⁵ GARCIA ORTEGA, J.: “Acción protectora: las prestaciones y su régimen jurídico”, en *Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit. pág. 231.

³²⁶ GARCIA ORTEGA, J.: “Acción protectora: las prestaciones y su régimen jurídico”, en *Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit. pág. 231.

artículo 12.3 LETT y artículo 28.5 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

De otro lado, la responsabilidad por el recargo de prestaciones puede ser objeto, como expresa GARCIA ORTEGA³²⁷, de transmisión en caso de sucesión de empresa, la Sentencia del Tribunal Supremo 23 de marzo 2015 (recurso núm. 2057/2014).

Por otra parte, como expresa GONZALEZ MARTINEZ³²⁸, el Tribunal Supremo, otorga una naturaleza prestacional cuando se incumplen las normas de seguridad e higiene en el trabajo aplicables, la Sentencia Tribunal Supremo 23 marzo 2015 (recurso núm. 2057/2014) en el Fundamento Derecho Segundo 3 hace una “Reconsideración del tema.- Es claro que nuestra precedente doctrina se basaba en una consideración mixta del recargo, en la que el aspecto punitivo del mismo [reflejado en la especiales prescripciones del artículo 164 LGSS] obstaculizaban el mecanismo subrogatorio previsto en el artículo 168.2 LGSS. Pero un nuevo examen de la cuestión -previo a la publicación de la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 5 marzo 2015 (asunto C-343/13) nos ha llevado a conclusión diversa, pese a que seguimos manteniendo la existencia de aquella faceta preventivo/sancionadora en el marco de una naturaleza compleja, por presentar tres finalidades diversas [preventiva, sancionadora y resarcitoria] y articularse su gestión, reconocimiento, caracteres y garantías en forma prestacional”³²⁹, y la Sentencia del Tribunal Supremo 13 de octubre 2015 (recurso núm. 2166/2014) reafirma la doctrina en la que establece el recargo de prestaciones por falta de

³²⁷ GARCIA ORTEGA, J.: “Acción protectora: las prestaciones y su régimen jurídico”, en *Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit. pág. 231.

³²⁸ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El Trato Privilegiado de las Prestaciones de Origen Profesional*. ob. cit. pág. 320.

³²⁹ En el mismo sentido STS 20 abril 2017 (recurso núm. 1826/2015); STS 21 junio 2017 (recurso núm. 2820/2015).

medidas de prevención de riesgos laborales se transmite en los casos de sucesión de empresas.

En la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 9 de mayo 2018 (recurso núm. 2117/2017) se establece un recargo de prestaciones, sancionador, del 50% que deriva de enfermedad profesional, debido a la omisión de medidas de seguridad, el trabajador padecía mesotelioma pleural por exposición al amianto, había una existencia de relación de causalidad entre el incumplimiento de las medidas de seguridad y la enfermedad profesional, por lo que era responsable el Ayuntamiento.

Como reflexiona PEREZ ALONSO³³⁰, se podría considerar que para proceder a la imposición del recargo de prestaciones de Seguridad Social hay que estar al caso concreto, por cuanto resulta necesario en todas las situaciones, que se produzca un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, que estos tengan especiales consecuencias para el trabajador, y también es imprescindible el incumplimiento de una medida de seguridad y que exista una relación de causalidad entre la producción del accidente de trabajo o enfermedad profesional y la medida de seguridad e higiene de trabajo incumplida. Pero en la realidad no siempre resulta fácil determinar cual es la medida de seguridad que se ha incumplido, por cuanto no siempre existe una medida concreta de seguridad incumplida, porque a veces se producen una cadena de sucesos unidos que desencadenan el accidente de trabajo o la enfermedad profesional.

En la reciente Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de febrero 2019 (recurso núm. 508/2017) que se refiere sobre todo a las condiciones que deben reunirse para que pueda proceder el recargo de prestaciones de la seguridad

³³⁰ PEREZ ALONSO, M.A.: "El derecho a la Seguridad y Salud de los trabajadores: aspectos prácticos del recargo de prestaciones", en Revista jurídica de los Derechos Sociales Lex Social.vol. 5 núm. 1/2015.

social, como expresan GARCIA MURCIA y MENENDEZ SEBASTIAN³³¹, sin expresarlo de manera expresa conlleva un cierto cambio de criterio respecto de las anteriores sentencias, al decantarse por establecer una naturaleza sancionadora del recargo, por lo que requiere para imponer el recargo que se haya producido una infracción de una norma concreta de seguridad y salud en el trabajo y, además lo condiciona a que exista culpa del empresario en el acaecimiento de los hechos, precisando la responsabilidad empresarial en el ámbito de la prevención de riesgos laborales, de conformidad con esta sentencia, la ausencia de culpa del empresario de los hechos sucedidos, porque son imputables al trabajador encargado de dirigir los trabajos, le exime de la responsabilidad por culpa, pero no le exime de otras posibles consecuencias como pueden ser responsabilidades por daños y perjuicios.

En esta Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de febrero 2019, se fija doctrina, como expresan GARCIA MURCIA y MENENDEZ SEBASTIAN³³², en relación a las exigencias que es necesario observar para proceder a imponer un recargo en las prestaciones de la seguridad social. En la misma reitera la necesidad de que exista incumplimiento de normas preventivas concretas y además que concurra culpa del empresario, el recargo se convierte en naturaleza sancionadora y, es más, la culpa es “in vigilando” que genera responsabilidad por actos de otro, de conformidad con el artículo 1903 del Código Civil, juega en el ámbito de la responsabilidad civil, pero no en el ámbito sancionador. Concluye la Sala que “no existirá culpa del patrono cuando pruebe que obró con la diligencia exigible, que el acto no le es imputable por

³³¹ GARCIA MURCIA, J. y MENENDEZ SEBASTIAN, P.: “Recargo de prestaciones: exigencias de infracción concreta de las normas preventivas y de culpa por parte de la empresa. Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Social, de 28 de febrero 2019 (recurso núm. 508/2017), en *Revista de Jurisprudencia Laboral*, núm. 2-2019.

³³² GARCIA MURCIA, J. y MENENDEZ SEBASTIAN, P.: “Recargo de prestaciones: exigencias de infracción concreta de las normas preventivas y de culpa por parte de la empresa. Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Social, de 28 de febrero 2019 (recurso núm. 508/2017), en *Revista de Jurisprudencia Laboral*, núm. 2-2019.

imprevisible o inevitable”.

3.5.1.2. Compatibilidad del recargo con otras responsabilidades.

El recargo de prestaciones es compatible, como describe RODRIGUEZ PASTOR³³³, con la responsabilidad administrativa, con la responsabilidad civil por daños y perjuicios y con la responsabilidad penal.

Es compatible con la responsabilidad administrativa, pues el hecho se considera desde otra expectativa. La sanción administrativa se funda en la potestad estatal de imponer la protección de los trabajadores, en cambio el recargo genera una relación indemnizatoria entre el empresario y el trabajador perjudicado. No se vulnera el principio “non bis in idem”³³⁴.

También es compatible con la responsabilidad por daños y perjuicios. Dentro de las obligaciones empresariales en materia de seguridad y salud se encuentra el deber de proteger al trabajador, y cuando éste deber se incumple puede generar, como expresa ALFONSO MELLADO³³⁵, una responsabilidad indemnizatoria, y ésta tiene la finalidad de compensar al trabajador o a sus causahabientes de los daños sufridos. Encontrándose regulada tanto en el Código Civil en virtud de las reglas sobre responsabilidad contractual y extracontractual, como en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, donde el artículo 42 señala 1- “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

³³³ RODRIGUEZ PASTOR, G. E.: “El recargo de las prestaciones de Seguridad Social en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob.cit. pág. 165.

³³⁴ RODRIGUEZ PASTOR, G. E.: “El recargo de las prestaciones de Seguridad Social en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob.cit. pág. 166.

³³⁵ ALFONSO MELLADO, C.L.: “Indemnizaciones derivadas de la responsabilidad empresarial por accidentes de trabajo. Problemas esenciales”, en *El accidenten de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. págs. 175 -176.

penales y a las civiles por los daños y perjuicios que puedan derivarse de dicho incumplimiento. 3- “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”.

El recargo es una institución específica y particular de nuestra normativa de la Seguridad Social, no englobable en otras figuras jurídicas, como expresa RODRIGUEZ PASTOR³³⁶, cuando a un empresario se le impone una indemnización compensatoria por daño, ésta no se reducirá por el recargo de prestación percibido.

En cuanto a la compatibilidad con la responsabilidad penal, siguiendo a RODRIGUEZ PASTOR³³⁷ la tramitación de un proceso penal por idénticos hechos no suspende el procedimiento de un expediente administrativo de recargo por falta de medidas de seguridad. El proceso penal tiene por objeto sancionar conductas individuales, en cambio el recargo se impone a la empresa, independientemente si hay persona física responsable o no. Tampoco se vulnera en la compatibilidad penal el principio “non bis in ídem”.

No obstante todo lo descrito, no existe responsabilidad empresarial cuando se produzca un accidente de trabajo o enfermedad profesional, como describe PEREZ ALONSO³³⁸ por fuerza mayor o caso fortuito, negligencia

³³⁶ RODRIGUEZ PASTOR, G. E.: “El recargo de las prestaciones de Seguridad Social en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional”, *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob.cit. pág. 168.

³³⁷ RODRIGUEZ PASTOR, G. E.: “El recargo de las prestaciones de Seguridad Social en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob.cit. pág. 168.

³³⁸ PEREZ ALONSO, M.A.: “El derecho a la Seguridad y Salud de los trabajadores: aspectos prácticos del recargo de prestaciones”, en *Revista jurídica de los Derechos Sociales Lex Social*.vol. 5 núm. 1/2015.

exclusiva del trabajador o de terceros no evitable por el empresario, en este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia 25 de noviembre 2013 (recurso núm. 4147/2011), la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 14 de marzo 2013 (recurso núm. 844/2012).

En cambio, no se excluye el recargo por el hecho de que se sobresea la causa penal, es decir que por los mismos hechos se puede sobreseer el procedimiento penal y establecerse un recargo de prestaciones, como expresa PEREZ ALONSO³³⁹, en este mismo sentido se manifiesta la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias 3 de mayo 2013 (recurso núm. 147/2013); pero por otra parte si puede reducir la cuantía del recargo cuando exista concurrencia de culpa del trabajador en la producción del accidente inclusive puede quedar eliminado, el recargo, si se ha producido por causa exclusiva del trabajador, se deniega por imprudencia del trabajador, como queda constancia en las Sentencias del Tribunal Supremo 20 de marzo 1985 y 21 de abril 1988.

3.5.1.3.- Competencia y procedimiento para reconocimiento del recargo.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social de la Seguridad Social (INSS en adelante) es el competente para reconocer el recargo y, como expresa GARCIA ORTEGA³⁴⁰, será el Director Provincial del INSS el que mediante Resolución, quien declare la responsabilidad empresarial. El procedimiento se puede iniciar tanto de oficio, por la Inspección de Trabajo, como a instancia del trabajador lesionado o sus beneficiarios. Cuando se inicie el procedimiento por el trabajador o sus derechohabientes, como expresa GARCIA ORTEGA³⁴¹,

³³⁹ PEREZ ALONSO, M.A.: "El derecho a la Seguridad y Salud de los trabajadores: aspectos prácticos del recargo de prestaciones", en *Revista jurídica de los Derechos Sociales*, ob. cit. págs. 117-126.

³⁴⁰ GARCIA ORTEGA, J.: "Acción protectora: las prestaciones y su régimen jurídico", en *Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit. pág. 232.

³⁴¹ GARCIA ORTEGA, J.: "Acción protectora: las prestaciones y su régimen jurídico", en *Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit. pág. 231.

según expresa la Sentencia del Tribunal Supremo 27 de septiembre 2016 (recurso núm. 1671/2015) los derechos económicos tienen carácter retroactivo a los tres meses anteriores. Se producirá la nulidad del procedimiento cuando la falta de audiencia del trabajador o del empresario produzca indefensión.

Aun cuando no hay una norma de manera expresa en materia de prescripción, la jurisprudencia ha establecido, en la Sentencia del Tribunal Supremo de febrero 2006, que el plazo es el general de cinco años para las prestaciones del sistema de Seguridad Social, que dicha prescripción se interrumpe cuando se inicie el procedimiento de expediente para reconocer el recargo. Si transcurren 135 días sin resolver, como expresa GARCIA ORTEGA³⁴², se entenderá, por silencio administrativo, que se resuelve en negativo, y por tanto se reiniciara el cómputo del plazo de prescripción.

Una vez se haya acordado el porcentaje y la base que se aplica es competencia de la Tesorería General de la Seguridad Social determinar a la empresa responsable “el importe del capital coste de los recargo, procediendo a su recaudación junto a los intereses de la capitalización que proceda”, como establece el artículo 75 del RD 1415/2004 de 11 de junio.

La Resolución puede ser impugnada, según expresa GARCIA ORTEGA³⁴³, ante el orden social cuando la divergencia derive de la imputación para hacer efectivo el pago al beneficiario; en cambio si la divergencia se refiere a la cuantía liquidada por la Tesorería General de la Seguridad Social, es competente el orden contencioso administrativo, por tratarse de un acto de gestión recaudatoria.

Si se impugna la Resolución que reconoce el recargo el juez de lo social determinara la existencia tanto de los hechos como el porcentaje que se

³⁴² GARCIA ORTEGA, J.: “Acción protectora: las prestaciones y su régimen jurídico”, en *Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit. pág. 231.

³⁴³ GARCIA ORTEGA, J.: “Acción protectora: las prestaciones y su régimen jurídico”, en *Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit. pág. 231.

aplicara, y como expresa GARCIA ORTEGA³⁴⁴, se podrá revisar en suplicación.

3.6. Especialidades en el acceso a las prestaciones cuando derivan de contingencias profesionales.

Cabe destacar que las prestaciones se calculan de modo diverso, cuando las prestaciones de Seguridad Social derivan de contingencias profesionales.

Así, se cotiza en las contingencias profesionales sobre una base de cotización distinta a la de las contingencias comunes, por cuanto se incluyen las horas extraordinarias, de conformidad con el artículo 147.2.e LGSS, y según establece la Sentencia del Tribunal Supremo 22 de abril 1997 (RJ 1997/3183) se incluirán todas las horas extraordinarias realizadas por el trabajador con independencia de que pudieran superar el tope máximo que establezca la normativa laboral. No obstante, la actual normativa de Seguridad Social impide cotizar por encima de los topes legales, de conformidad con el artículo 148 LGSS, cuyo tope máximo aparece fijado en la Ley de Presupuestos Generales del Estado de cada año.

La cotización por contingencias profesionales se realiza aplicando los tipos de cotización, como determina BLASCO LAHOZ³⁴⁵, que correspondan a las actividades económicas de empresas y trabajadores, y a las ocupaciones o situaciones de estos últimos, de acuerdo a la tarifa de primas vigente, según se establece en el artículo 19.3 LGSS y en el artículo 11.1 del Reglamento General de Cotización y Liquidación. La tarifa de primas que está vigente en la actualidad es la establecida en la Disposición Adicional 4ª de la Ley 42/2006

³⁴⁴ GARCIA ORTEGA, J.: "Acción protectora: las prestaciones y su régimen jurídico", en *Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit. pág. 232.

³⁴⁵ BLASCO LAHOZ, F.J.: "Especialidades en el acceso a las prestaciones de contingencias profesionales" En *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 99.

de 29 diciembre, de presupuestos generales del Estado para el año 2007, en la redacción que se llevó a cabo en la Ley 22/2013 de 23 de diciembre, y sucesivamente modificado, en este sentido y siguiendo a FERNANDEZ PRATS³⁴⁶, la enumeración de las distintas actividades, que se recogen en la tarifa de primas, sigue la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE), la cual está en función de la actividad de la empresa.

Por otra parte, como afirma LOPEZ GANDIA³⁴⁷, hay tarifas de primas especiales en función de la peligrosidad de la ocupación, del trabajo, el artículo 146.1 LGSS, incluso, para las empresas que presenten riesgos de enfermedades profesionales, se podrán establecer tipos adicionales a la cotización, en relación a la peligrosidad de la industria, artículo 146.2 LGSS, no obstante el apartado 3º del artículo 146 de LGSS establece que se podrán reducir la cuantía de los tipos de cotización cuando la empresa se diferencia por el uso de medios de prevención eficaces, pero también podrán aumentarse los tipos cuando las empresas incumplan los medios de prevención.

3.6.1. La Incapacidad Temporal derivada de contingencias profesionales.

La Incapacidad Temporal (en adelante IT) aparece recogida en el artículo 169 LGSS, se define independientemente del calificativo de riesgo, como expresa FERNANDEZ AVILES³⁴⁸, puede adjetivar pero no conceptualizar, para determinar la base reguladora si hay diferencia entre riesgos comunes y

³⁴⁶ FERNANDEZ PRATS, C.: "Financiación, cotización y recaudación", en *Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit. pág. 231.

³⁴⁷ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 15. En el mismo sentido FERNANDEZ DOMINGUEZ, J.J. en *Protección Social complementaria de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales*. Valencia 2004, editorial Tirant lo Blanch.

³⁴⁸ FERNANDEZ AVILES, J.A.: *El accidente de trabajo en el sistema de Seguridad Social: su contradictorio proceso de institucionalización jurídica*. Barcelona 2007. Editorial Atelier. pág. 161.

riesgos profesionales³⁴⁹. Se originan numerosos conflictos en relación al origen de la contingencia de la baja médica, por cuanto los efectos económicos del subsidio varían, porque para el beneficiario es mejor el origen profesional, en cambio tanto para las entidades gestoras como las MCSS³⁵⁰ para ahorrar costes intentaran acreditar que la contingencia es común.

La base reguladora será la suma de los siguientes conceptos, como describe BLASCO LAHOZ³⁵¹: 1º) se tomará la base de cotización por contingencias profesionales del mes anterior a la fecha de la baja médica, excluido el importe de las horas extraordinarias; 2º) se le añade el promedio de la suma de percepciones por horas extraordinarias de los 12 meses inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad temporal dividido por 365 días, cuando se cotiza por días; o, como expresa SALA FRANCO³⁵², por 12 y dividiendo luego por 30, cuando se cotiza por meses, así lo establece el artículo 13.4 de Decreto 1646/1972).

De otro lado, cuando la base reguladora, de las contingencias profesionales, coincida con la base mínima de cotización que se corresponda con la categoría profesional del trabajador, si durante la base mínima se modifica mientras el trabajador se encuentre en IT, como expresa GONZALEZ MARTINEZ³⁵³, el subsidio también deberá actualizarse a partir de que entre en vigor la nueva base, tanto si la nueva base se produce en la Ley de los

³⁴⁹ Vid sobre la IT a: PEREZ ALONSO M.A. *La incapacidad temporal*. Valencia 1995. Editorial Tirant lo Blanch; FERNANDEZ PRATS, C. *La protección de la incapacidad temporal en el Régimen General de la Seguridad Social*. Valencia 2011. Editorial Tirant lo Blanch; LOPEZ INSUA, B.M.: *La incapacidad temporal en el sistema de la Seguridad Social*. Granada 2014. Editorial Comares; BLASCO LAHOZ, J.F.: *Seguridad Social*. 5ª Edición. Valencia 2018. Editorial Tirant lo Blanch.

³⁵⁰ Vid sobre las competencias de las MCSS el artículo 80.2 LGSS.

³⁵¹ BLASCO LAHOZ, J.F.: "Especialidades en el acceso a las prestaciones derivadas de contingencias profesionales". En *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob. cit. pág. 131.

³⁵² SALA FRANCO, T.: "La incapacidad temporal" en *Derecho de la Seguridad Social*. ob.cit pág.270.

³⁵³ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El Trato Privilegiado de las Prestaciones de Origen Profesional*. ob. cit. pág. 269.

Presupuestos Generales del Estado, como si se produce una elevación de los salarios en virtud de disposición legal, sentencia judicial o convenio colectivo.

Los porcentajes, que se aplican a la base reguladora cuando la IT deriva de contingencias profesionales, son superiores a los aplicables cuando la IT deriva de contingencias comunes³⁵⁴. Si la IT deriva de contingencias profesionales se aplica el 75% de la base reguladora desde día siguiente al de la baja, el día primero corre a cargo del empresario según se desprende del artículo 173.1.3º párrafo y los artículos 2.1, 8.c) y 9.4 de la Orden de 13 de octubre de 1967. Si bien los convenios colectivos suelen mejorar los porcentajes en las contingencias comunes a cargo del empresario como expresa SALA FRANCO³⁵⁵.

Hay, además, otra particularidad con respecto a las contingencias comunes, si el trabajador se encuentra en situación de incapacidad temporal por contingencias profesionales y durante la misma se extinga su contrato de trabajo, como se expresa PINTO PABON³⁵⁶, el trabajador seguirá percibiendo la prestación de incapacidad temporal en idéntica cuantía hasta que se extinga dicha situación, y si reúne los requisitos necesarios pasara entonces a percibir la correspondiente prestación por desempleo, y no habrá que descontar el periodo de percepción³⁵⁷ de la misma el tiempo que hubiera permanecido en

³⁵⁴ Para contingencias comunes se aplica el 60% desde el 4º día hasta el vigésimo inclusive, artículo único del RD 53/1980 de 11 enero, y a partir del vigésimo primero se aplica el 75%.

³⁵⁵ SALA FRANCO, T.: "La incapacidad temporal" en *Derecho de la Seguridad Social*. ob.cit págs.270.

³⁵⁶ PINTO PABÓN, B.: "La protección de la incapacidad temporal y permanente y de la muerte por enfermedad profesional en el sistema de la Seguridad Social", en *Las Enfermedades Profesionales*, ob. cit. págs. 260-261.

³⁵⁷ Vid. PEREZ ALONSO, M.A.: *La incapacidad temporal*. Valencia 1995. Editorial Tirant lo Blanch. Cuando el trabajador se encuentre en situación de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes y durante la misma se extinga su contrato de trabajo, seguirá percibiendo la prestación por incapacidad temporal en cuantía igual a la prestación por desempleo hasta que se extinga dicha situación, y si reúne los requisitos necesarios pasará a la situación legal de desempleo, pero se descontaran del periodo de percepción de la prestación por desempleo, como ya consumido, el tiempo que hubiera permanecido en la situación de incapacidad temporal a partir de la fecha de la extinción del contrato de trabajo, artículo 283.1, primer párrafo de LGSS.

incapacidad temporal, o el subsidio por desempleo, así lo establece el artículo 283.1, tercer párrafo LGSS, a diferencia de lo que sí sucede, si la Incapacidad Temporal deriva de contingencias comunes.

La doctrina como GONZALEZ MARTINEZ³⁵⁸, justifica la diferencia de tratamiento en torno a la determinación de la cuantía en dos motivos: en primer lugar, es una medida de carácter financiero, por la que se pretenda ahorrar los costes que le corresponden al sistema de la Seguridad Social, y en segundo lugar, es un mecanismo para evitar el absentismo, y eliminar las conductas fraudulentas.

3.6.2. La Incapacidad Permanente derivada de contingencias profesionales.

El artículo 166.4 LGSS establece que los trabajadores se consideraran de pleno derecho en situación de alta a efectos de accidente de trabajo y enfermedades profesionales aunque el empresario no hubiera cumplido sus obligaciones. Si la Incapacidad Permanente (en adelante IP) deriva de accidente sea laboral o no, de enfermedad profesional no se exige ningún periodo de carencia. En este sentido resuelve BODAS MARTIN³⁵⁹ que el ordenamiento jurídico ha protegido a los trabajadores afectados por contingencias profesionales, los cuales tendrán derecho a las prestaciones que les correspondan aunque el empresario incumpla sus obligaciones de afiliación, alta y cotización.

Indistintamente de la causa que determine, la IP se clasifica de conformidad con lo dispuesto en el artículo 194 LGSS, y como describe

³⁵⁸ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El Trato Privilegiado de las Prestaciones de Origen Profesional*. ob. cit. pág. 269; FERNANDEZ PRATS, C.: *La protección de la incapacidad temporal en el Régimen General de la Seguridad Social*, ob. cit. págs. 202-203.

³⁵⁹ BODAS MARTIN, R.: "Sistemas de responsabilidad en materia de contingencias profesionales, en particular, en los supuestos de falta de afiliación, alta y cotización", en *Accidente de trabajo y sistema de prestaciones*. Albacete 2009. Editorial Bormazo. pág. 213.

ROQUETA BUJ³⁶⁰, será: a) IP Parcial, la que no alcanza el grado de total, pero ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33 por 100 en su rendimiento normal para su profesión; b) IP Total, inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta; c) IP Absoluta, inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio y d) Gran Invalidez, determina para el trabajador pérdidas anatómicas o funcionales, si necesita de la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, como vestirse, comer o análogos.

La base reguladora de las prestaciones por IP consecuencia de contingencias profesionales, viene regulado en el capítulo V del Decreto 22 de junio de 1956, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley y el Reglamento de accidentes de trabajo con las modificaciones introducidas por la DA 11ª RD 4/1998, es, tal como manifiesta BLASCO LAHOZ³⁶¹, el salario real, siendo la suma de las siguientes percepciones, de conformidad con el artículo 196.6 LGSS y el artículo 15.2.b de la Orden de 15 abril de 1969: 1º- el salario diario más antigüedad, multiplicado por 365 días; 2º- importe de las pagas extraordinarias y de beneficios; 3º- a estas cantidades se añade el cociente que resulte de dividir la suma de los complementos salariales que haya percibido el causante, entre el número de días realmente trabajados por aquel en el mismo periodo, multiplicado por 273³⁶², a menos que el número de días laborables efectivos en la actividad sea menor.

³⁶⁰ ROQUETA BUJ, REMEDIOS: "La incapacidad permanente derivada contingencias profesionales" En *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob. cit. pág. 138; Vid. PEREZ ALONSO, M.A., RODRIGUEZ PASTOS, G.E.: Nuevas prestaciones de incapacidad temporal, incapacidad permanente y jubilación en el RGSS. Valencia 2008. Editorial Tirant lo Blanch; TOSCANI GIMENEZ, D.: *El régimen jurídico de las pensiones de incapacidad permanente: derechos y obligaciones de solicitantes y beneficiarios*. Valencia 2008. Editorial Tirant lo Blanch.

³⁶¹ BLASCO LAHOZ, J.F.: "Especialidades en el acceso a las prestaciones derivadas de contingencias profesionales", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 132.

³⁶² Estos son los días laborables que de manera general se establecen en el Estatuto Trabajadores.

El resultado obtenido se divide por 12, como describe ROQUETA BUJ³⁶³, obteniéndose así la base reguladora mensual sobre la que se le aplicaran los porcentajes, en función del grado de IP que se haya reconocido al trabajador.

Se puede proceder a la revisión de la modificación del grado, que puede ser por agravación o por mejoría, como expresan MAGALLON ORTIN y PEREZ ALONSO³⁶⁴, existen normas especiales para proceder a la revisión por enfermedad profesional, la fecha de efectos de esta revisión será la del primer día del mes siguiente a la de su solicitud, tal y como lo establece el artículo 113.a) del Reglamento de Enfermedad profesional de 9 de abril 1969, y el artículo 199 de la LGSS. En el mismo sentido se expresa BLASCO LAHOZ³⁶⁵, al indicar que procede declarar la incapacidad permanente derivada de enfermedad profesional si no es posible recolocar al trabajador en otro puesto sin riesgo tras los periodos de observación de dicha contingencia.

Para el caso que la invalidez permanente derivara de la enfermedad profesional de silicosis hay normas especiales, como expresan MAGALLON ORTIN y PEREZ ALONSO³⁶⁶, en concreto el artículo 45 de la Orden de 15 de abril 1969³⁶⁷.

³⁶³ ROQUETA BUJ, R.: "La incapacidad permanente derivada de contingencias profesionales". En *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob. cit. pág.140.

³⁶⁴ MAGALLÓN ORTÍN, M y PEREZ ALONSO M.A.: *Derecho de la Seguridad Social. Aspectos prácticos*, (Coordinadora PEREZ ALONSO).Valencia 2009. Editorial Tirant lo Blanch, págs. 280-281. Vid. BLASCO LAHOZ, J.F.: *Seguridad Social*, ob. cit. págs. 641 y ss.

³⁶⁵ BLASCO LAHOZ, J.F.: *Seguridad Social*, ob. cit. págs. 682 y ss.

³⁶⁶ MAGALLÓN ORTÍN, M y PEREZ ALONSO M.A.: *Derecho de la Seguridad Social. Aspectos prácticos*, ob. cit., págs. 280-281.

³⁶⁷ En este sentido como expresa la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de diciembre 1972 consagra que la fecha de diagnóstico de la enfermedad profesional de silicosis, aunque el trabajador se encuentre en situación de inactividad es el momento que determina el cálculo de la cuantía de la pensión de acuerdo con los salarios que entonces perciben los que se encuentren en actividad laboral con la categoría y condiciones del declarado invalido.

3.6.2.1. La Incapacidad Permanente derivada de enfermedad profesional en la minería del carbón: salarios normalizados.

Se plantea ante el Tribunal Supremo la cuestión de establecer cuál es la base reguladora de la pensión de incapacidad permanente derivada de enfermedad profesional, que ha sido reconocida a un trabajador de la minería del carbón que se encuentra en situación de inactividad laboral por jubilación.

El trabajador presta servicios, encuadrados en el Régimen Especial de la Minería del Carbón, para diferentes empresas, siendo la última que trabajó la empresa Minas y Explotaciones Industriales, S.A., ésta empresa fue absorbida por Unión Minera del Norte en el año 2003, en el año 1998 el trabajador pasó a situación de prejubilación.

Como la enfermedad profesional es de evolución lenta, el trabajador fue diagnosticado de enfermedad profesional, neumoconiosis complicada categoría C) sin interconurrencia, años después de estar en actividad, solicitando al INSS la declaración de incapacidad permanente absoluta que le fue reconocida el 11 de mayo 2015.

En la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de noviembre 2018 (recurso núm. 3521/2016), partiendo de los artículos 20 y 22 de la Orden de 3 de abril 1973, que desarrolla el Decreto 298/1973 de 8 de febrero sobre actualización del Régimen Especial de la Seguridad Social para la minería del carbón, en estos artículos se regula el sistema de cálculo de la cuantía de la base reguladora de la pensión de incapacidad permanente derivada de enfermedad profesional a favor de los trabajadores que se encuentran inactivos, establecen que se determinará por las bases de cotización normalizadas que hubiere correspondido a la categoría o especialidad profesional que tuviera el interesado al producirse su incapacidad permanente.

El salario regulador se fijará en atención al que realmente cobraría el interesado de haber continuado en activo en la misma profesión hasta el día en que se diagnostica la enfermedad, al tratarse de un cálculo hipotético, resulta complicado precisar el salario real que se cobraría por el invalido si hubiera seguido trabajando. Si la empresa subsiste, continua en actividad y tiene su propio convenio colectivo, habrá que estar a lo que establezca el mismo para la categoría profesional del invalido, pero como hay complementos salariales que son variables, unidos a la mayor o menor productividad y a la mayor o menor asistencia al trabajo, el Tribunal Supremo establece la doctrina que “debe acudirse a las normas del convenio colectivo cuando las mismas dejan claro la retribución, pero cuando la misma es hipotética por depender del mayor rendimiento o de otras circunstancias, lo mejor es acudir al promedio cobrado del año anterior por los trabajadores de la misma categoría en la misma empresa, ya que el resultado de esa medida será el que se aproxime más al salario real que habría cobrado el invalido de continuar en activo, que es el objetivo perseguido por la norma y por nuestra doctrina”³⁶⁸.

En este sentido, cabe recordar que esta línea interpretativa fue iniciada por la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de diciembre 1972, que considero como fecha del cálculo de la pensión a efectos económicos la fecha de diagnóstico de la enfermedad profesional.

3.6.3. Muerte y supervivencia derivada de contingencias profesionales.

Existen otras prestaciones que están causadas por la muerte del trabajador, como observa PINTO PABÓN³⁶⁹, donde la situación protegida de

³⁶⁸ En el mismo sentido STS 28 de diciembre 1989, STS 3 de julio 1993 (recurso núm. 379/1992)

³⁶⁹ PINTO PABÓN, B.: “La protección de la incapacidad temporal y permanente y de la muerte por enfermedad profesional en el sistema de la Seguridad Social”, en *Las Enfermedades Profesionales*, ob. cit. págs. 273.

estas prestaciones es la de compensar la pérdida y disminución de ingresos que afectan a determinados sujetos, como son el cónyuge o pareja de hecho, hijos o determinados familiares, que a consecuencia de la muerte de un tercero, de quien dependían económicamente y además también con quien convivían.

Estas prestaciones gozan del tratamiento privilegiado de los riesgos profesionales, no se exige el cumplimiento del requisito de carencia por parte de quien es el sujeto causante. Por tanto tendrá derecho a la pensión de viudedad el cónyuge o pareja de hecho siempre que cumpla con los requisitos de tiempo de convivencia y límite de ingresos, establecidos en el artículo 221 LGSS, a través de las pensiones de viudedad, orfandad y en favor de familiares, los cuales aparecen descritos en los artículos 216 y siguientes de la LGSS³⁷⁰.

Por otra parte, cuando la muerte deriva de enfermedad profesional existe la presunción establecida en el artículo 217.2 LGSS donde se prevé que se consideraran muertos a consecuencia de accidente de trabajo o enfermedad profesional quienes tuviesen declarada, en el momento del fallecimiento, como describe PINTO PAVON³⁷¹, una incapacidad permanente en grado de absoluto o gran invalidez

También se establece un tratamiento diferente en la determinación de la cuantía de las prestaciones derivadas de muerte y supervivencia, según

³⁷⁰ Vid. sobre la prestación de muerte y supervivencia entre otros, PEREZ ALONSO, M. A., *La pensión de viudedad en el Régimen General de la Seguridad Social*. Valencia 2000. Editorial Tirant lo Blanch; *La nueva pensión de viudedad y orfandad. en el Régimen General de la Seguridad Social*. ob. cit.; BLASCO LAHOZ, J.F.: La protección por muerte y supervivencia en el sistema español de Seguridad Social. Thomson Reuters. Aranzadi. 2017.

³⁷¹ PINTO PABÓN, B.: "La protección de la incapacidad temporal y permanente y de la muerte por enfermedad profesional en el sistema de la Seguridad Social", en *Las Enfermedades Profesionales*. ob. cit. págs. 275.

describe BLASCO LAHOZ³⁷², como en el reconocimiento de prestaciones exclusivas que sean consecuencia de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

La base reguladora se determinara sobre las retribuciones efectivamente percibidas, es el resultado de dividir entre 12 los salarios reales del año anterior al hecho causante, como expresa PEREZ ALONSO³⁷³, el punto de referencia en contingencias profesionales es el salario real vigente en el momento de producirse la muerte del sujeto causante. Ahora bien, dados los problemas aplicativos surgidos sobre la formula de la Base Reguladora de las contingencias profesionales, la Disposición Adicional 11^a del RD 4/1998, de 9 de enero declaró vigente el Decreto de 22 de junio 1956. Esto es el Reglamento de accidente de trabajo y enfermedad profesional, que está vigente y es su fórmula la que se debe aplicar para el cálculo de la Base Reguladora. De este modo, la fórmula es la siguiente, y se desarrolla de conformidad con la ulterior manera: la suma del salario base por 365 más las pagas extraordinarias y la paga de beneficios, más la suma de los complementos salariales dividido por el número de días laborales trabajados por el número de jornadas hábiles, y todo ello dividido por doce³⁷⁴.

Además cuando la muerte deriva de riesgos profesionales, los beneficiarios tendrán derecho a percibir una indemnización a tanto alzado, así lo expresa PINTO PABON³⁷⁵, indemnización equivalente a seis mensualidades

³⁷² BLASCO LAHOZ, J.F.: "Especialidades en el acceso a las prestaciones derivadas de contingencias profesionales". En *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 134.

³⁷³ PEREZ ALONSO, M.A.: *Nueva pensión de viudedad y orfandad en el RGSS (especial referencia a la Ley 40/2007)*, ob. cit. pág. 41.

³⁷⁴ SB+pagas extras+paga beneficios+suma complementarios salariales divididos por el número días laborales trabajados, todo ello multiplicado por número de jornadas hábiles

Núm. días laborales trabajado

³⁷⁵ PINTO PABÓN, B.: "La protección de la incapacidad temporal y permanente y de la muerte por enfermedad profesional en el sistema de la Seguridad Social", en *Las Enfermedades Profesionales*. ob. cit. págs. 277

para el cónyuge superviviente o pareja de hecho, o de una mensualidad para el supuesto de los hijos. Como establece el artículo 216.2 LGSS es una indemnización, solo prevista cuando se trata de riesgos profesionales, que complementa a la pensión de viudedad y orfandad.

CAPITULO IV

EL ACCIDENTE DE TRABAJO, CONCEPTO Y DEFINICION.

En este capítulo se va a abordar el estudio del accidente de trabajo, dado que resulta de suma importancia acometer dicho estudio, en la medida que casi la totalidad de sus características resultan de indudable aplicación al ámbito de la enfermedad profesional.

Una de las razones básicas que justifican su estudio viene dado por la propia idiosincrasia de las contingencias profesionales, esto es, el accidente de trabajo y la enfermedad profesional, al ser contingencias profesionales comparten gran parte de las peculiaridades caracterizadoras de las mismas, con independencia de las peculiaridades de la enfermedad profesional, que más adelante se estudiarán.

4.1. Concepto de accidente de trabajo.

El artículo 156 de la LGSS define el accidente de trabajo de manera muy amplia, como “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”. Esta definición es una copia, como indica RIZZO LORENZO³⁷⁶, casi literal del texto del artículo 1 de la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero 1900, además evidencia que es una norma que está bien consolidada por cuanto el legislador no la ha cambiado sino que la ha venido ampliando.

³⁷⁶ RIZZO LORENZO, G.: “La elasticidad jurisprudencial de catorce palabras. Algunas consideraciones sobre el accidente *in itinere*. *Revista de Información Laboral*, núm. 6, 2015, BIB 2015/2562.

Por otra parte, a pesar de los cambios que se han producido en el derecho del trabajo, y de las sucesivas leyes que han regulado esta materia³⁷⁷, la definición contenida en el artículo 156 LGSS ha permanecido. La única modificación que se ha producido, como expresa MARTIN VALVERDE³⁷⁸, fue en el Texto Refundido de la Ley de Accidentes de Trabajo aprobado por Decreto el 22 de junio 1956, donde se cambió el concepto de sujeto pasivo de la lesión, de operario a uno, más amplio, de todo trabajador por cuenta ajena, esta variación que tiene un significado legal más amplio, pues inicialmente el trabajo estaba vinculado a personas que se dedicaban a trabajos manuales realizados en minas, talleres y fabricas, y con la ampliación se extiende la protección, sin ningún tipo de distinción, a todos los trabajadores.

De otra parte, para calificar o no una lesión como accidente de trabajo, debería bastar la definición expresada en el artículo 156 LGSS, pero, como expresa PEREZ ALONSO³⁷⁹, en la práctica resulta una tarea complicada y se requiere que se produzca una verificación, en cada uno de los supuestos planteados, es decir hay que estar al caso concreto, hay que proceder a verificar que se ha producido el hecho mismo del accidente de trabajo, y como expresa RODRIGUEZ SANTOS³⁸⁰, que no se han desvirtuado las presunciones favorables al trabajador

Por otro lado, la jurisprudencia también ha realizado una interpretación amplia, de tal manera que ha extendido los efectos de la Seguridad Social mucho más de lo que se entiende en el lenguaje común, pero estas

³⁷⁷ Ley de Accidentes de Trabajo 1922, de 1932, Texto Refundido de 1956, Ley de Bases 1963 y el Texto Articulado de 1966, la LGSS 1974, LGSS 1994 y la actual LGSS 2015.

³⁷⁸ MARTIN VALVERDE, A.: "El accidente de trabajo: formación y desarrollo de un concepto legal", en AA.VV., *Cien años de la Seguridad social. A propósito del centenario de la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero 1900*. Madrid 2000. Editorial Fraternidad-Muprespa y UNE, pág. 221.

³⁷⁹ PEREZ ALONSO, M.A.: "Las distintas formas de accidente de trabajo", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág.24.

³⁸⁰ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "A vueltas con el concepto de accidente de trabajo, en el supuestos de enfermedades comunes manifestadas en tiempo y lugar de trabajo", en *Revista de Aranzadi Social*, núm. 5-2008.BIB 2008/990.

interpretaciones jurisprudenciales del concepto de accidente de trabajo, se han incorporado al Derecho Positivo, como señala MONEREO PEREZ y FERNANDEZ AVILES³⁸¹, en virtud de todas las matizaciones y especificaciones que en estos momentos el artículo 156 LGSS añade al concepto de accidente de trabajo.

En este sentido, los tribunales distinguen entre el accidente de trabajo en sentido propio, es el que se sufre como consecuencia de la ejecución de su trabajo, como señala PEREZ ALONSO³⁸², y el accidente de trabajo impropio, es decir, el que se produce por causa diferente del trabajo, pero que éste dio ocasión al accidente de trabajo, de tal manera que si no se hubieran prestado los servicios no se hubiera producido cualquier menoscabo físico o psicológico que afectase en el desarrollo funcional, así lo establece la Sentencia del Tribunal Supremo 27 de octubre 1990.

Asimismo, el concepto de accidente de trabajo no comprende solo la acción súbita o violenta, que es lo propio de un accidente, sino que también se incluye el deterioro lento y progresivo, según establece GONZALEZ ORTEGA³⁸³, como es la enfermedad siempre que se produzca o tenga su origen en el trabajo. En este sentido indica la Sentencia del Tribunal Supremo 27 de febrero 2008 “el artículo 115.1 LGSS, (actual 156.1) contiene un concepto o definición general de accidente de trabajo, dentro del cual se establece una relación de causalidad de un doble nivel entre trabajo y accidente, que permite calificar a este último como laboral: por un lado, la causalidad estricta que se concreta en el uso de la expresión por

³⁸¹ MONEREO PEREZ, J.L. y FERNANDEZ AVILES, J.A.: “Determinación de contingencias de la Seguridad Social”. *Aranzadi Social*, núm. 19,2008. pág.21.

³⁸² PEREZ ALONSO, M.A.: “Las distintas formas de accidente de trabajo”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional. ob. cit.* pág.25.

³⁸³ GONZALEZ ORTEGA, S.: “A vueltas con el concepto de accidente de trabajo, en el supuesto de enfermedades comunes manifestadas en tiempo y lugar de trabajo”. *Aranzadi Social*, núm. 5,2008. BIB 2008/990; vid ALONSO OLEA, M. y TORTUERO PLAZA, J.L.: *Instituciones de Seguridad Social*. 15ª edición págs. 56 y ss.

consecuencia del trabajo que ejecute el trabajador por cuenta ajena; por otro lado, una causalidad indirecta, que el Tribunal Supremo prefiere denominar como condición más que como causa, consistente en que , no siendo los factores que producen el accidente inherentes o específicos del trabajo, es el trabajo, o las condiciones de la actividad en que se desarrolla, circunstancias sin cuya presencia o existencia el accidente no se habría producido”³⁸⁴.

4.2. Ampliación legislativa del concepto de accidentes de trabajo.

Así mismo, el número 2 del artículo 156 LGSS hace una relación de supuestos que encajan en la consideración de accidente de trabajo, de tal manera que en éste número 2 del artículo 156 LGSS se describe un elenco de supuestos, como expresa TOSCANI GIMÉNEZ³⁸⁵, que, en su momento fueron elaborados por la jurisprudencia y con posterioridad incorporados en la norma.

De este modo, tendrán la consideración de accidentes de trabajo los siguientes supuestos:

4.2.1. Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo.

El artículo 156.2, en su letra a) LGSS describe los accidentes que el trabajador sufre al ir o al volver de su lugar de trabajo, es lo que se denomina “accidentes en ruta”. En la práctica se diferencian dos subtipos, de un lado el denominado accidente “in itinere”, y de otro lado el accidente “in misión”, cada uno con sus respectivas peculiaridades.

³⁸⁴ Precisamente esta relación indirecta aparece recogida en la Recomendación 12 de la OIT, comentada en el capítulo segundo, epígrafe 2.1.6.

³⁸⁵ TOSCANI GIMÉNEZ, D.: “Las ampliaciones legales del concepto de accidente de trabajo”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 16/2014. BIB 2014/448.

4.2.1.1. Accidente “in itinere”. Elemento teleológico, cronológico, topográfico y mecánico.

En el Anteproyecto de la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900 se pretendía establecer un concepto de accidente de trabajo más limitado, según expresa RIZZO LORENZO³⁸⁶, donde se calificaba la lesión como “la acción súbita y violenta de una fuerza exterior” esta línea ha sido asumido por otros países. Si hubiera sido de esta manera, el accidente en trayecto no podría haber avanzado como accidente de trabajo, pero como no lo fue, el Tribunal Supremo ha asumido la función de delimitar la línea dentro de la cual se inserta la calificación judicial de accidente “in itinere”.

Por otra parte, el Texto Articulado de Ley Seguridad Social de 1966 contenía un inciso más “siempre que concurren las condiciones que reglamentariamente se determinen”, pero como expresa GARCIA ORTEGA³⁸⁷, esta determinación nunca se produjo, por tanto el desarrollo se produjo y ha continuado por la jurisprudencia, si bien el desarrollo es lento y no siempre uniforme, el Tribunal Supremo ha ido concretando los criterios.

Para la jurisprudencia la primera vez que se contempla el accidente de trabajo “in itinere” fue en 1908³⁸⁸, pero como considera GONZALEZ MARTINEZ³⁸⁹, al haberse producido el accidente en un medio de transporte propio de la empresa no causo mayor repercusión. Apareciendo por primera vez el nombre de accidente de trabajo “in itinere”, como expresa SANCHEZ

³⁸⁶ RIZZO LORENZO, G.: “La elasticidad jurisprudencial de catorce palabras. Algunas consideraciones sobre el accidente “in itinere”. *Revista de Información Laboral*, núm. 6, 2015, BIB 2015/2562.

³⁸⁷ GARCIA ORTEGA, J.: “Acción protectora: las contingencias protegidas” en *Derecho de la Seguridad Social*. ob. cit. pág. 158.

³⁸⁸ Sentencia del Tribunal Supremo 11 de julio 1908, en la que se considero accidente de trabajo el sufrido por el trabajador, que durante la travesía en el barco que le llevaba desde su domicilio al lugar de trabajo, otro barco, fallece al ser abordado por otro barco.

³⁸⁹ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional...* ob. cit. págs. 207-208.

PEREZ³⁹⁰, en sede judicial en la Sentencia del Tribunal Supremo 1 de julio 1954, incluyendo en el concepto de accidente de trabajo “a los siniestros que se ocasionan fuera del trabajo, pero guardando con él alguna relación causal y por eso se consideran accidentes indemnizables a los producidos “in itinere” al ir al trabajo o al regresar, después de haber cesado, al domicilio, ya se utilicen los medios proporcionados o impuestos por la empresa, ya los use discrecionalmente el trabajador sin prohibición de la empresa, si son usuales y no los utiliza con imprudencia, pero en todo caso, se precisa la relación causal entre el trabajo y el siniestro, relación que ha de ser demostrada o deducirse de las circunstancias del suceso”.

La jurisprudencia viene realizando matizaciones en cuanto a las condiciones que determinan la existencia de accidente, “in itinere” así por ejemplo los viajes de ida y vuelta de vacaciones no tienen esta consideración, a menos que la empresa hubiera requerido al trabajador que volviera, Sentencia del Tribunal supremo 4 de diciembre 1975, tampoco tiene la consideración de laboral el desplazamiento en horas de trabajo para realizar gestiones personales, Sentencia Tribunal Supremo 29 marzo 2007 (recurso núm. 210/2006).

Para la calificación de un accidente “in itinere” la jurisprudencia y la doctrina, destacan el análisis que realiza CAVAS MARTINEZ³⁹¹, y así se exige

³⁹⁰ SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo. Análisis jurisprudencial y acción de responsabilidad por daños*. España 2017. Editorial Dauro. pág. 81.

³⁹¹ CAVAS MARTINEZ, F.: *El accidente de trabajo in itinere*. Madrid 1994. Editorial Tecnos. págs. 20y ss. CAVAS MARTINEZ, F.: “Accidente de trabajo in itinere y delimitación teleológico-espacial del “iter laboris”, en *Revista Aranzadi Social*. 1998 BIB 1998/248. En el mismo sentido SEMPERE NAVARRO, A.V. “Accidente de trabajo “in itinere”. En *Revista Doctrinal Aranzadi Social*. 1996. BIB 1996/1435; TOSCANI GIMENEZ, D.: “Las ampliaciones legales del concepto de accidente de trabajo”, en *Revista Española de Revista de Derecho del Trabajo*, núm. 161/2014. BIB 2014/448. RASCON LOPEZ, R.: “Accidentes de trabajo in itinere y en misión”, en AA.VV. *Siniestralidad y enfermedad laboral en carretera*(Directora AGRA BIFORCOS, B.) Valencia 2017, Editorial Tirant lo Blanch, pág. 132.

la concurrencia de cuatro elementos³⁹², como expresa: a) un elemento teleológico; b) un elemento cronológico; c) un elemento topográfico; y d) un elemento mecánico; realizando un análisis detallado de cada uno de estos elementos:

a.- Elemento teleológico, donde la finalidad primordial y directa del desplazamiento sea la consecuencia del desarrollo del trabajo, como expresa GARCIA ORTEGA³⁹³, que el desplazamiento tenga motivo laboral, sin interrupciones o alteraciones por motivos personales, así el punto de partida, según señala GONZALEZ MARTINEZ³⁹⁴, y el de destino deben ser el domicilio y el lugar de trabajo, sin embargo se acepta como accidente “in itinere” el sufrido al bajar las escaleras del propio domicilio para acudir a trabajar como establece la Sentencia del Tribunal Supremo 26 de febrero 2008 (recurso núm. 1328/2007), también lo son los desplazamientos ocasionados por actos sociales que tengan alguna relación con el trabajo, como el que sucede al ir o volver de almuerzos o cenas de trabajo, como dispone la Sentencia del Tribunal Supremo 14 de febrero 2011 (recurso núm. 1420/2010).

b.- Elemento cronológico, el accidente se produzca entre el tiempo que prudencialmente se invierte en el viaje, el tiempo invertido en el trayecto, según expresa GONZALEZ MARTINEZ³⁹⁵, entre el domicilio del trabajador y el centro de trabajo, no basta un mero retraso para eliminar el carácter profesional al accidente, se han de producir modificaciones de tiempo o espacio en el trayecto a su domicilio. Este elemento debe flexibilizarse, según describe

³⁹² Vid. la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, de 23 de abril, recurso núm. 875/2018, donde se recogen estos requisitos específicos del accidente “in itinere” teleológico, cronológico, topológico y modal o mecánico.

³⁹³ GARCIA ORTEGA, J.: “Acción protectora: las contingencias protegidas” en *Derecho de la Seguridad Social*. ob. cit. pág. 159.

³⁹⁴ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit. pág. 211.

³⁹⁵ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit. pág. 216.

LOPEZ GANDIA³⁹⁶, en cada caso concreto, debe realizarse una valoración razonable de la distancia con el domicilio y el medio de transporte utilizado y las circunstancias conexas, planteándose el problema de las desviaciones del trayecto. Así en la Sentencia del Tribunal Supremo 29 de marzo 2007 (recurso núm. 210/2006) se exige que “el accidente se produzca dentro del tiempo prudencial que habitualmente se invierte en el trayecto y que el recorrido no se vea alterado por desviaciones o alteraciones temporales que rompan el nexo causal con la ida o vuelta del trabajo”.

c.- **Elemento topográfico**, el daño debe ocurrir en el trayecto normal desde el domicilio hasta el lugar de trabajo, aunque, como expresa LOPEZ GANDIA³⁹⁷, puede ocurrir en un momento anterior o preparatorio del viaje, pero no en un momento posterior.

De este modo, la idea concebida de domicilio que se había tenido tradicionalmente ha evolucionado, ampliándose, como expresa GONZALEZ MARTINEZ³⁹⁸, para incluir lugares de residencia, de estancia o simplemente de comida diferentes de la residencia principal del trabajador, así son numerosos los pronunciamientos judiciales donde se aprecia el accidente de trabajo “in itinere” aunque el principio o el destino sea un destino diferente del domicilio habitual del trabajador, como puede ser el domicilio de la madre política del trabajador, que se encontraba enferma y también era muy mayor, en este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo 6 de febrero 1964 (RJ 1964 476)³⁹⁹. El trayecto se objetiviza en función de su normalidad o habitualidad, el concepto de domicilio se ha ampliado, se incluye las lesiones que se produzcan tanto en el domicilio real, el habitual y el lugar de trabajo durante la temporada

³⁹⁶ LOPEZ GANDIA, J.: “Acción Protectora”, en AA.VV. *Curso de Seguridad Social, ob. cit.* pág. 279.

³⁹⁷ LOPEZ GANDIA, J.: “Acción Protectora”, en AA.VV. *Curso de Seguridad Social, ob. cit.* pág. 279.

³⁹⁸ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit. pág. 218.

³⁹⁹ En el mismo sentido STCT 10 de marzo 1989 (RTCT 1989, 2335) domicilio de la hermana desde el que partió hacia el trabajo.

de verano. Incluso se incluyen las lesiones sufridas en los viajes de fines de semana por reagrupamiento familiar, Sentencia del Tribunal Supremo 26 de diciembre 2013 (recurso núm. 2315/2012) que considera accidente “in itinere” el ocurrido en el trayecto entre el domicilio de fin de semana del trabajador y el domicilio de residencia habitual durante los días laborables, sin que sea obstáculo que el desplazamiento se produjese el domingo, esto es, antes de desplazarse a su trabajo al día siguiente, en condiciones más convenientes para la seguridad y para el propio rendimiento laboral.

Por otra parte, el camino o trayecto que une el domicilio y el lugar de trabajo, como describe GARCIA ORTEGA⁴⁰⁰, debe ser el habitual o normal, y siempre que no se produzcan desviaciones que puedan provocar la rotura del nexo causal, debiendo el trabajador seguir el trayecto habitual porque circular por la ruta conocida disminuye el riesgo, a menos que concurra causa justificativa.

No obstante lo expuesto, en el caso de la trabajadora de profesión enfermera en un ambulatorio, tenía turnos de mañana y tardes, y el día que ocurrieron los hechos trabajaba en turno de tarde, comenzaba su jornada laboral a las 13.00 horas, pero antes de incorporarse al centro de trabajo, en el ambulatorio debía realizar dos visitas domiciliarias. La enfermera salió por la mañana para dejar a su hijo en el domicilio de sus padres y, después de dejar a su hijo al salir de la localidad de los abuelos cuando un coche colisionó con el suyo, sufriendo la enfermera lesiones que motivaron la baja, la Sentencia del Tribunal de Justicia del País Vasco 15 de enero de 2019 (recurso núm. 2505/2018), considera que aunque no forma parte del camino habitual no rompe el nexo causal, porque como ha indicado la doctrina jurisprudencial recogida en la Sentencia del Tribunal Supremo 14 de febrero 2017 (recurso

⁴⁰⁰ GARCIA ORTEGA, J.: “Acción protectora: las contingencias protegidas” en *Derecho de la Seguridad Social*. ob. cit. pág. 159.

núm. 838/2015) “la interpretación de las normas debe adaptarse a la realidad social, como impone el artículo 3 del Código Civil, y ésta a la vista de la evolución de las nuevas formas de organización de trabajo y de la propia distribución de éste en el hogar familiar está imponiendo unas exigencias de movilidad territorial que obligan a los trabajadores a ajustes continuos en el lugar de trabajo. Si se quiere respetar la voluntad del legislador en los tiempos presentes, habrá que reconocer que en supuestos como el presente a efectos del punto de partida o de retorno del lugar de trabajo puede jugar, según las circunstancias del caso, tanto el domicilio del trabajador en sentido estricto, como la residencia habitual a efectos de trabajo. Concurren los elementos que definen el accidente “in itinere”. Y aunque el accidente se produce en un itinerario cuyo destino no es el lugar del trabajo, ese dirigirse a la residencia laboral no rompe la relación entre trayecto y trabajo. Porque la trabajadora se trasladaba desde su domicilio al lugar de trabajo, atendiendo en sus funciones de enfermera a dos citas domiciliarias. Calificando como accidente “in itinere” el accidente que sufre, porque la pequeña desviación en el trayecto habitual no resultó ajena, es una concausa laboral, es decir acudir y ejecutar su trabajo sin abandono del cuidado de su hijo.

d.- Elemento mecánico o modal, que se utilice un medio de transporte normal o idóneo, que su uso no entrañe, según señala LOPEZ GANDIA⁴⁰¹, riesgo grave e inminente.

Y en relación al medio de transporte utilizado, deberá ser el normal, habitual o razonable en el ámbito profesional y geográfico correspondiente, como establece la Sentencia del Tribunal Supremo 20 de septiembre de 2005 (recurso núm. 4031/2004); o utilizar el medio dispuesto por la empresa a menos que concurra alguna razón especial para utilizar el vehículo propio. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 12 de

⁴⁰¹ LOPEZ GANDIA, J.: “Acción Protectora”, en AA.VV. *Curso de Seguridad Social, ob. cit.* pág. 280.

junio 2014 (recurso núm. 618/2014) reconoce como accidente de trabajo “in itinere” el accidente de tráfico ocurrido en el trayecto de vuelta al domicilio utilizando un medio de transporte novedoso –monopatin- en lugar autorizado sin la concurrencia de vehículos a motor, y no prohibido expresamente por la empresa, como expresa GONZALEZ MARTINEZ⁴⁰², si existe prohibición, debe ser expresa y razonada.

En cuanto al comportamiento del trabajador al utilizar el medio de transporte, se rompe el nexo causal si existe imprudencia temeraria, por ejemplo como menciona GONZALEZ MARTINEZ⁴⁰³, al cruzar el paso a nivel con las barreras bajadas, circular en motocicleta en sentido contrario, no respetar el semáforo, así entre otras Sentencia del Tribunal Supremo 22 de enero 2008 (recurso núm. 4756/2006), o conducir bajo el estado de embriaguez Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sevilla, 12 de noviembre 2009 (recurso núm. 3978/2008).

4.2.1.1.1. Ampliación de los beneficios de los conductores profesionales a otros conductores.

Es evidente que el accidente de tráfico es un riesgo profesional, como expresa MARTINEZ BARROSO⁴⁰⁴, un accidente de trabajo, para los profesionales de la conducción. Y teniendo en cuenta que son conductores profesionales los que se dedican a emplear un vehículo a cambio de una remuneración dineraria para el transporte, tanto de sustancias como de personas, y por tanto en contraposición, no tienen la consideración de conductores profesionales, quienes empleen el coche en el ejercicio de sus

⁴⁰² GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit. pág. 215.

⁴⁰³ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit. págs. 215-216.

⁴⁰⁴ MARTINEZ BARROSO, M.R.: “El riesgo de accidente laboral en la conducción profesional. Especial referencia al transporte por carretera”, en AA.VV. *Siniestralidad y enfermedad laboral en carretera* (Directora AGRA BIFORCOS, B.) Valencia 2017, Editorial Tirant lo Blanch, pág. 114.

funciones, como pueden ser los agentes comerciales o inclusive quienes lo empleen para acudir al centro de trabajo en su propio vehículo, los cuales se convierten de hecho todos los días que trabajan en conductores profesionales.

La Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, el Real Decreto Legislativo 6/2015 de 30 de octubre 2015, en el Anexo I define lo que se entiende por conductor profesional⁴⁰⁵, algunos autores como MARTINEZ BARROSO⁴⁰⁶, defienden la necesidad de ampliar la apreciación de lo que se entiende por conductor profesional a los conductores que utilicen el vehículo de manera profesional, aunque no para el transporte de personas o mercancías, sino para el desarrollo de su trabajo y que para poder ejercerlo necesitan el uso casi habitual del vehículo a motor, por lo que considera que debería proceder a ampliarse a un mayor número de conductores los beneficios que gozan los conductores profesionales, como por ejemplo para recuperar puntos o también que se puedan favorecer las medidas preventivas suficientes para poder evitarlo, como pueden ser los cursos de recuperación de puntos, ante la desigualdad que existe entre quienes usa su vehículo de forma más habitual que el conductor ocasional. Por lo que se podría ampliar el sentido del concepto y considerar también conductores profesionales a los agentes comerciales y a aquellos trabajadores que empleen el vehículo para acudir al centro de trabajo, por cuanto legalmente se consideran como profesionales un número muy reducido de los conductores que diariamente circulan por nuestras carreteras.

⁴⁰⁵ Anexo I LTCV” toda persona prevista de la correspondiente autorización administrativa para conducir, cuya actividad laboral principal sea la conducción de vehículos a motor dedicados al transporte de mercancías o de personas, extremo que se acreditara mediante certificación expedida por la empresa para la que ejerza aquella actividad, acompañada de la correspondiente documentación acreditativa de la cotización a la Seguridad Social como trabajador de dicha empresa.

⁴⁰⁶ MARTINEZ BARROSO, M.R.: “El riesgo de accidente laboral en la conducción profesional. Especial referencia al transporte por carretera”, en *Siniestralidad y enfermedad laboral*, ob. cit. págs. 121-122.

4.2.1.1.2. Problemas aplicativos en el accidente de trabajo “in itinere”, y su relación con la enfermedad del trabajo.

El accidente “in itinere” es una figura que se asimila al accidente de trabajo en virtud de la ampliación que se produce en el artículo 156.2.e LGSS, como expresa RASCON LOPEZ⁴⁰⁷, pero a esta ampliación no se le aplica la presunción contenida en el artículo 156.3 LGSS, por lo que pesa sobre el trabajador la carga de la prueba, y esta imprescindible necesidad de acreditar la conexión entre el trabajo y la lesión sufrida por el trabajador “in itinere”, ha producido que la asimilación legal sólo repercuta en realidad al accidente en sentido estricto –la lesión súbita y violenta producida por un agente externo– pero, en cambio, las dolencias o los procesos morbosos de distinta etiología y modo de manifestarse, por cuanto en estos supuestos es difícil y más complicado acreditar la relación de causalidad, como establece la Sentencia del Tribunal Supremo 14 de diciembre 1998 (recurso núm. Tol 46604), de tal modo que “Para estas enfermedades que se manifiestan en el trayecto del domicilio al trabajo la calificación como accidente de trabajo depende de que quede completamente acreditada una relación causal con el trabajo”⁴⁰⁸.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de febrero 2014 (recurso núm. 42/2013) un trabajador que sufre un ictus isquémico de la arteria cerebral media derecha en la habitación del hotel donde se encontraba descansando, en Tel Aviv, realizando un trabajo encomendado por la empresa, no es accidente en misión, porque no ocurre en tiempo ni lugar de trabajo, ni concurren especiales circunstancias que permitan considerarlo como accidente de trabajo.

⁴⁰⁷ RASCON LOPEZ, R.: “Accidentes de trabajo *in itinere* y en misión”, en AA.VV. *Siniestralidad y enfermedad laboral en carretera*, ob. cit. pág. 131.

⁴⁰⁸ En el mismo sentido la STS 6 de marzo 2007 (recurso núm. 3415/2005) no puede calificarse como accidente de trabajo el fallecimiento por una hemorragia encefálica que se produce cuando el trabajador de regreso de una actividad de transporte pernocta en un hotel, y después de retirarse a descansar a su habitación aparece muerto al día siguiente.

Por otra parte y en el mismo sentido, según expresa GONZALEZ ORTEGA⁴⁰⁹, hay que tener en cuenta que ciertas ampliaciones del concepto de accidente, como la que se refiere al accidente “in itinere”, que para el Tribunal Supremo las enfermedades del trabajo no pueden considerarse accidente de trabajo en cuanto accidente “in itinere”. Así la Sentencia del Tribunal Supremo 18 de enero 2011 (recurso núm. 3558/2009) destaca que “las enfermedades o dolencias, como el infarto de miocardio, acaecidas “in itinere” no deben calificarse como accidente de trabajo, salvo que se acredite la concurrencia del preceptivo nexo causal, pues la presunción de laboralidad no les alcanza, o la Sentencia del Tribunal Supremo 14 de marzo 2012 (recurso núm. 4360/2010) donde “la muerte producida por embolia pulmonar, cuando el trabajador se dirigía a su casa desde el trabajo en el que ya se había encontrado indispuerto”. No obstante, en parecidos términos se expresa GONZALEZ ORTEGA⁴¹⁰ al indicar que las enfermedades comunes que se manifiestan durante el trayecto de ida o vuelta al trabajo no tienen la consideración “a priori” de accidente de trabajo, por cuanto al tratarse de accidente “in itinere” no abarca la presunción de accidente de trabajo a las enfermedades sino sólo a las acciones violentas manifestadas en el trayecto de ida o vuelta, pero no a las enfermedades cuyo desarrollo es lento y progresivo. GONZALEZ MARTINEZ⁴¹¹, ésta es la regla general, aunque hay excepciones y contraexcepciones, como son los casos donde se demuestra que el infarto de miocardio es producido por el estrés en el trabajo.

⁴⁰⁹ GONZALEZ ORTEGA, S.: “Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia”. En *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 39.

⁴¹⁰ GONZALEZ ORTEGA, S.: “Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia”. En *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 39.

⁴¹¹ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional...* ob. cit. pág. 213.

4.2.1.2. Accidente en misión.

El accidente en misión es el accidente que se produce fuera del lugar de trabajo, como describe PEREZ ALONSO⁴¹², al haber sido enviado el trabajador a realizar cualquier otra labor fuera del lugar de trabajo, es decir desplazamientos para cumplir las instrucciones realizadas por el empresario. Por su parte el artículo 5 de la Recomendación 121 de OIT de 1964 ya realiza una definición de accidente de trabajo en misión al establecer que “se considera accidente de trabajo el sufrido durante las horas y lugar de trabajo, cerca de él o en cualquier lugar en el que el trabajador se encontraba debido a su empleo, sea cual fuere la causa del accidente”.

Para calificar el accidente en misión como accidente de trabajo bastará que se produzca con ocasión del trabajo. Se consideró, según Sentencia del Tribunal Supremo 8 de junio 1927, como accidente indemnizable la muerte de un obrero atropellado por un automóvil cuando iba a cumplir un encargo del patrono, porque es ocasión del servicio que prestaba. En virtud de ello, puede apreciarse, según SANCHEZ PEREZ⁴¹³, la avanzada configuración del accidente en misión en el supuesto descrito. El accidente en misión es una creación jurisprudencial porque no hay una definición legal de este tipo de accidente de trabajo, en consecuencia la Sentencia del Tribunal Supremo 8 de julio 1929, amplía la presunción de laboralidad a todo el tiempo, en que el trabajador y en relación a la prestación de sus servicios, está sometido a las decisiones de la empresa, el trabajador, aun fuera de las horas de trabajo, permanece bajo la dependencia de la empresa en alojamientos, medios de transporte.

⁴¹² PEREZ ALONSO, M.A.: “Las distintas formas de accidente de trabajo”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional. ob. cit.* pág. 29.

⁴¹³ SANCHEZ PEREZ, J.: “Ámbito del accidente de trabajo en misión”, en *Revista Doctrinal aranzadi Social*, núm. 9/2014. BIB 2014/71.

En este contexto, el accidente en misión ha sido una figura de loable creación jurisprudencial como una modalidad específica de accidente de trabajo, según establece PEREZ ALONSO⁴¹⁴, donde partimos de que se produce un desplazamiento del trabajador para realizar la actividad que le encarga la empresa, de esta manera se amplía la presunción de laboralidad a todo el tiempo que el trabajador este desplazado. En este sentido, las Sentencias del Tribunal Supremo de 26 de diciembre 1998; de 4 de mayo 1998 (recurso núm. 932/1997); de 11 de julio 2000 (recurso núm. 3303/1999); y de 24 de septiembre 2001 (recurso núm. 3414/2000)

Por otra parte, no todas las resoluciones judiciales interpretan de forma tan generosa este tema, así la jurisprudencia más reciente excluye de la consideración de accidente de trabajo, en relación con el accidente en misión los tiempos de descanso, fuera de la jornada laboral, por tanto no puede calificarse como accidente de trabajo el fallecimiento por una hemorragia encefálica que se produce cuando el trabajador de regreso de una actividad de transporte pernocta en un hotel y, después de retirarse a descansar a su habitación, aparece muerto al día siguiente, Sentencia del Tribunal Supremo 6 de marzo 2007⁴¹⁵ (recurso núm. 3415/2005) en este supuesto la actividad de transporte consiste en un desplazamiento.

La Directiva 2002/15 CE distingue entre tiempo de trabajo, tiempo de disponibilidad y de descanso, en este supuesto el tiempo de descanso si bien ocurre fuera del ámbito privado normal del trabajador, pero que no se confunde con el tiempo de trabajo ni con el de disponibilidad, por tanto no queda comprendido dentro del ámbito de la presunción del artículo 156.3 LGSS. Una Sentencia más reciente del Tribunal Supremo 20 de abril 2015 (recurso núm.

⁴¹⁴ PEREZ ALONSO, M.A.: "Las distintas formas de accidente de trabajo", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional. ob. cit.* pág. 30.

⁴¹⁵ En el mismo sentido STSJ País Vasco 13 de septiembre 2011 (recurso núm. 1957/2011); STSJ Galicia 7 de febrero 2011 (recurso núm. 2719/2007)

1487/2014), donde no se califica como accidente de trabajo el infarto de miocardio sufrido por el trabajador, interventor en RENFE, en la habitación de hotel donde se encontraba descansando tras haber finalizado su jornada laboral, para reanudar el trabajo al día siguiente y hacer la ruta inversa. Hay un ejemplo innovador por el Tribunal Supremo en la Sentencia 23 de junio 2015 (recurso núm. 944/2014), en esta sentencia se califica como accidente de trabajo el fallecimiento debido a neumonía por legionella que contrajo el trabajador cuando se encontraba desplazado por motivos laborales en Tailandia, donde las condiciones climatológicas favorecen la difusión de ésta bacteria, aunque se desconoce el momento y lugar determinados que pudo contagiarse, se razona que no puede aplicarse la presunción de laboralidad del artículo 156.3 LGSS, de tal manera que una vez acreditado el contagio producido con ocasión del desplazamiento laboral, la calificación laboral se produce por vía del artículo 156.1 LGSS.

Por otra parte, no se puede dejar de lado, según señala RASCON LOPEZ⁴¹⁶, que se trata de un verdadero accidente de trabajo y por tanto la relación de causalidad entre el accidente y la prestación de servicios ha de interpretarse de una manera más amplia que cuando es tratado un accidente “in itinere”, por este motivo para calificar un accidente en misión como accidente de trabajo no se pueden exigir las mismas exigencias que al accidente “in itinere”.

⁴¹⁶ RASCON LOPEZ, R.: “Accidentes de trabajo in itinere y en misión”, en *Siniestralidad y enfermedad laboral en carretera*, ob. cit., pág. 130.

4.2.2. Los que sufra 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 el artículo 156.2 letra b), LGSS se describe como accidente de trabajo los que sufra 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”.

Se le da el mismo tratamiento que al accidente de trabajo “in itinere”, como establece PEREZ ALONSO⁴¹⁷, se produce en la ruta de ir o de volver de desempeñar los cargos electivos sindicales, está en afinidad con la protección del derecho fundamental de la libertad sindical.

Por otro lado, como expresa TOSCANI GIMÉNEZ⁴¹⁸, se considera accidente de trabajo la lesión o el daño producido en el ejercicio de actividades representativas, indistintamente que la representación sea sindical o unitaria, como delegados de prevención, así como la lesión o daño que sufra el representante al ir o volver del lugar donde se ejercitan las funciones representativas, en este sentido se manifiesta la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria de 18 julio 2006, pero como establece CHACARTEGUI JAVEGA⁴¹⁹, debe hacerse un uso razonable del crédito horario. Considerando TOSCANI GIMENEZ⁴²⁰, que mientras que en tiempo y lugar de trabajo estén desarrollando sus funciones específicas representativas

⁴¹⁷ PEREZ ALONSO, M.A.: “Las distintas formas de accidente de trabajo”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional. ob. cit.* pág. 32.

⁴¹⁸ TOSCANI GIMÉNEZ, D.: “Las ampliaciones legales del concepto de accidente de trabajo”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 16/2014. BIB 2014/448.

⁴¹⁹ CHAVARTEGUI JAVEGA, C.: *El concepto de accidente de trabajo: su construcción por la jurisprudencia.* Albacete 2007. Editorial Bormazo

⁴²⁰ TOSCANI GIMÉNEZ, D.: “Las ampliaciones legales del concepto de accidente de trabajo”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 16/2014. BIB 2014/448.

estarán bajo la cobertura de la presunción de accidente de trabajo prevista en el artículo 156.3 LGSS.

4.2.3. Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su grupo profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.

Se describe como supuesto de accidente de trabajo los que realiza el trabajador, según el artículo 156.2 apartado c) LGSS, “los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su grupo profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa”.

Los trabajos que realice y que no correspondan al grupo profesional del trabajador, como expresa TOSCANI GIMENEZ⁴²¹, es indiferente si los realiza en cumplimiento de órdenes de la empresa como si son realizados de manera espontánea, pero siempre en interés del buen funcionamiento de la empresa; en estos supuestos sí que exige que se hayan cumplido las disposiciones legales en materia de movilidad funcional regulado en el artículo 39 del Estatuto de los Trabajadores, como las obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales establecidas en el artículo 19 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, porque en caso contrario podría conllevar además una responsabilidad empresarial.

La jurisprudencia ha considerado, como accidente de trabajo el fallecimiento de un trabajador al quemar con gasolina unos avisperos para

⁴²¹ TOSCANI GIMENEZ, D.: “Las ampliaciones legales del concepto de accidente de trabajo”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 16/2014. BIB 2014/448.

evitar que perjudicaran a la empresa, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sevilla 8 de octubre 2010 (recurso núm. 1488/2009); como describe GONZALEZ MARTINEZ⁴²², es accidente de trabajo el que se produce tanto en parcelas como en parcelas colaterales de la empresa, y también los accidentes que ocurran en la realización de actividades complementarias o que no sean estrictamente laborales, pero que estén ligadas a la empresa, en este sentido se expresan las Sentencias del Tribunal Supremo 9 de mayo 1985; 21 de mayo 1984; 6 de octubre 1983; y Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Comunidad Valenciana 7 de noviembre 2000 (AS 2001/1374).

Por otra parte, incluir de manera expresa este supuesto de accidente de trabajo donde el trabajador realiza tareas que no son las propias, para un sector doctrinal como GONZALEZ MARTINEZ⁴²³, resulta innecesaria porque considera que está incluido en el apartado 1º de artículo 156 LGSS.

No obstante, cabe indicar que este apartado puede resultar útil incluso, a efecto de la calificación de una posible enfermedad profesional, dado que pudiera ser que en determinadas categorías o grupos profesionales se utilicen componentes que pueden provocar la enfermedad profesional, y en otras categorías o grupos profesionales no se utilicen dichos compuestos y, en consecuencia, no resulte probable la producción de la enfermedad profesional, aun tratándose en ambos casos de la misma actividad productiva.

⁴²² GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit. pág. 226.

⁴²³ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit. pág. 225.

4.2.4. Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.

El artículo 156.2 apartado d) LGSS describe: “los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo”, cabe destacar que cuando tenga conexión con el trabajo, siempre, a su vez puede tener una conexión la enfermedad profesional, dado que un acto de salvamento, en sí mismo considerado parece que no podría conectar directamente con la enfermedad profesional, pero pudiera ocurrir, que en acto de salvamento de otro compañero pudiera determinar que el trabajador, por ejemplo, entrara en contacto con elementos contaminantes, que en su quehacer ordinario no los utilizaría, de tal modo que, por vía indirecta el trabajador contraiga una enfermedad profesional.

Este supuesto se refiere tanto a los actos que realiza el trabajador cumpliendo las órdenes de la empresa como las que realiza a cabo de manera espontánea el trabajador, siempre que tanto en unos como otro estén relacionados con el trabajo. La doctrina, como GONZALEZ MARTINEZ⁴²⁴, se plantea si el acto de salvamento, cuando es un acto espontáneo del trabajador, se realiza en beneficio, ha admitido que se incluya bienes o servicios de otro empresario o de persona ajena al centro de trabajo, se debe considerar incluido en este apartado. Por su parte, la jurisprudencia viene admitiendo el carácter profesional de las lesiones ocurridas al trabajador, siempre y cuando sea una ayuda razonable, como es el caso de la Sentencia del Tribunal Supremo 11 de julio 2000 (recurso núm. 3303/1999) donde el trabajador ayuda por una avería en carretera.

⁴²⁴ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit. pág. 226.

4.2.5. Ampliaciones de las situaciones de accidente de trabajo.

4.2.5.1. La imprudencia profesional.

El artículo 156.5 de LGSS incluye de manera concreta la consideración de accidente de trabajo, señalando dos factores, como expresa SANCHEZ PEREZ⁴²⁵, que pueden producir lesiones: a) la imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira y, b) la concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

La imprudencia profesional se define como la relacionada directamente con el trabajo, según expresa PEREZ ALONSO⁴²⁶, consiste en que el trabajador por el hecho de realizar la misma actividad de manera reiterativamente asume en determinadas ocasiones pequeños riesgos, riesgos que deben ser tolerados por el empresario y cubiertos por la legislación laboral.

La imprudencia profesional es una forma de culpa del trabajador, como expresa SANCHEZ PEREZ⁴²⁷, que de manera esporádica podría calificarse como grave e incluso cabría que quedara fuera de la protección por contingencia profesional, por lo que se incluiría en el ámbito de la imprudencia temeraria, a no ser por la confianza que produce el ejercicio habitual y reiterado de un trabajo. El trabajador actúa de manera automática e inconsciente por lo que disminuye el control consciente. El trabajador no agota los actos para evitar el riesgo, pero éste no desea sufrirlo, se cae como consecuencia de un descuido o negligencia.

⁴²⁵ SANCHEZ PEREZ, J.: “La ampliación legal de los supuestos característicos del accidente de trabajo”, en *Accidentes de trabajo*, ob. cit. pág. 175.

⁴²⁶ PEREZ ALONSO, M.A.: “Las distintas formas de accidente de trabajo”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 46.

⁴²⁷ SANCHEZ PEREZ, J.: “La ampliación legal de los supuestos característicos del accidente de trabajo”, en *Accidentes de trabajo*, ob. cit. pág. 176.

La imprudencia profesional implica un riesgo de grado inferior, que debido a la confianza del trabajador, a la habilidad personal y la experiencia profesional pueden superarlo, y la imprudencia temeraria supone que el riesgo asumido por el trabajador es manifiesto e innecesario, de manera especial grave, voluntario y consciente, contrario a las órdenes recibidas del patrono, o las más elementales normas de precaución, prudencia o cautela que se pueda exigir a toda persona normal. Pero, precisa SANCHEZ PEREZ⁴²⁸, que en la práctica entre imprudencia profesional y la imprudencia temeraria resulta compleja la distinción entre las mismas.

4.2.5.2. El acto doloso e imprudente de un tercero.

Igualmente se produce también la extensión del concepto de accidente de trabajo cuando participa un tercero en la producción del accidente. Para GONZALEZ MARTINEZ⁴²⁹, cabe plantearse qué relevancia debe atribuirse a la posible participación en el accidente de otros sujetos distintos del trabajador afectado, porque el artículo 156.5 b) no excluye la calificación de accidente de trabajo cuando la producción se deba a un acto de alguien diferente del accidentado excepto que el accidente no tenga ninguna relación con el trabajo. Es posible que la injerencia de esas personas les genere la exigencia de responsabilidades, civiles o penales, por su participación, pero esto no impide para que en el ámbito laboral los hechos se califiquen como accidente de trabajo.

Al intervenir el tercero, mediante su conducta delictiva, la relación causal trabajo-lesión se altera, como expresa SANCHEZ PEREZ⁴³⁰, a pesar de que el accidente de trabajo deriva jurídicamente de la ocasión o consecuencias

⁴²⁸ SANCHEZ PEREZ, J.: "La ampliación legal de los supuestos característicos del accidente de trabajo", en *Accidentes de trabajo*, ob. cit. págs. 177-178.

⁴²⁹ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit. pág. 232.

⁴³⁰ SANCHEZ PEREZ, J.: "La ampliación legal de los supuestos característicos del accidente de trabajo", en *Accidentes de trabajo*, ob. cit. pág. 181.

laborales, la causa en sentido material del accidente está delimitada por el delito, porque sin éste no se habría producido la lesión.

Si la agresión que sufre el trabajador por parte de un tercero es debido a causas personales, como expresa PEREZ ALONSO⁴³¹, entre agresor y agredido no puede calificarse como accidente de trabajo, pero si no hay relación de causalidad no se puede considerar accidente de trabajo, en este sentido se manifiesta la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de febrero 2006 (recurso núm. 4145/2004)⁴³².

4.2.6. Exclusiones de la consideración de accidente de trabajo.

La LGSS en el artículo 156.4 establece algunos hechos que exoneran de la responsabilidad empresarial por accidente de trabajo como es el caso de la fuerza mayor y el dolo o la imprudencia temeraria del trabajador. El legislador en 1922 incorporo a la Ley de Accidentes de Trabajo la llamada imprudencia profesional, como expresa SANCHEZ PEREZ⁴³³, por lo que también se considera accidente de trabajo las acciones que derivan de la confianza por la habitualidad del trabajador.

4.2.6.1. La fuerza mayor.

La fuerza mayor queda excluida de la consideración de accidente de trabajo por no concurrir, como expresa SANCHEZ PEREZ⁴³⁴, la debida relación

⁴³¹ PEREZ ALONSO, M.A.: "Las distintas formas de accidente de trabajo", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob. cit. pág. 48.

⁴³² La Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de diciembre 1975 establece que no podrá considerarse accidente de trabajo la muerte del trabajador que sea debida a resentimientos o motivos personales absolutamente ajenos al trabajo.

⁴³³ SANCHEZ PEREZ, J.: "La ampliación legal de los supuestos característicos del accidente de trabajo", en *Accidentes de trabajo*, ob. cit. pág. 207.

⁴³⁴ SANCHEZ PEREZ, J.: "La ampliación legal de los supuestos característicos del accidente de trabajo", en *Accidentes de trabajo*, ob. cit. pág. 207.

de causalidad con el trabajo⁴³⁵.

La exoneración por fuerza mayor, como expresa GONZALEZ MARTINEZ⁴³⁶, materialmente desaparece a partir de que no se consideran como tal las fuerzas de la naturaleza, rayo, insolación u otros fenómenos análogos a la naturaleza.

4.2.6.2. El dolo o la imprudencia temeraria del trabajador.

Tampoco se consideran accidente de trabajo los que sean debidos a dolo o imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

El dolo no está definido en la normativa de la Seguridad Social, según describe SANCHEZ PEREZ⁴³⁷, pero se utiliza en el sentido de “acto de voluntad dirigido a la producción de un resultado, empleando los medios susceptibles de ocasionarlo”, la Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de marzo 2008 (recurso núm. 4592/2006) establece que el dolo se equipara a la realización del acto dañoso con ánimo intencional y deliberado.

Hay que tener en cuenta que hay varios tipos de dolo; por una parte el dolo de intención o propósito, directo, o de primer grado, en el cual las consecuencias de la acción son conocidas y buscadas como efecto principal de la acción; por otra parte el dolo directo de segundo grado, donde las consecuencias no son directamente deseadas por el autor, pero se presentan altamente probables; y el dolo eventual, por el que se asume determinado comportamiento a pesar de que el resultado es muy probables que sea dañoso.

⁴³⁵ El artículo 1105 del Código Civil define la fuerza mayor como aquel suceso que no hubiera podido preverse, o que previsto, fuera inevitable, y en estos casos no surge la responsabilidad en el cumplimiento de sus obligaciones.

⁴³⁶ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit. pág. 234.

⁴³⁷ SANCHEZ PEREZ, J.: “La ampliación legal de los supuestos característicos del accidente de trabajo”, en *Accidentes de trabajo*, ob. cit. pág. 211.

La imprudencia temeraria, como expresa PEREZ ALONSO⁴³⁸, es aquella conducta del trabajador que, excediéndose del comportamiento normal de una persona, se corre un riesgo innecesario que ponga en peligro la vida o los bienes, conscientemente, o cuando el trabajador consciente o voluntariamente, contraría las órdenes recibidas del patrono, o las más elementales normas de precaución, prudencia y cautela exigibles a toda persona normal”.

Tras la reforma de la Seguridad Social de 1963 es cuando se produce la confirmación legal de la imprudencia temeraria. Para aplicar la excepción, según describe SANCHEZ PEREZ⁴³⁹, el artículo vigente 156.4 b) LGSS tiene que participar el accidentado en la producción del siniestro, el daño surge a consecuencia del comportamiento realizado voluntariamente por la víctima.

Se considera imprudencia temeraria en el ámbito de la conducción, como expresa PEREZ ALONSO⁴⁴⁰, la conducción de un vehículo habiéndose hecho un puente, y sin carnet de conducir, conducir sin estar habilitado administrativamente para conducir vehículos a motor, o conducir a velocidades desmesuradas como el caso de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria de 19 de mayo 2014 (recurso núm. 167/2014).

⁴³⁸ PEREZ ALONSO, M.A.: “Las distintas formas de accidente de trabajo”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 50.

⁴³⁹ SANCHEZ PEREZ, J.: “La ampliación legal de los supuestos característicos del accidente de trabajo”, en *Accidentes de trabajo*, ob. cit. págs. 214-215.

⁴⁴⁰ PEREZ ALONSO, M.A.: “Las distintas formas de accidente de trabajo”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 50.

CAPITULO V

LA ENFERMEDAD DEL TRABAJO

El avance de la medicina ha evidenciado que el trabajo puede ser de diversas formas causa directa y exclusiva de la alteración de la salud, como expresa MARTINEZ BARROSO⁴⁴¹, por tanto la Seguridad Social ante las situaciones donde el trabajo puede ser el origen en exclusiva de las alteraciones de la salud, ha tenido que facilitar soluciones tanto sociológicas como jurídicas.

El derecho de la Seguridad Social pretende establecer conceptos jurídicos delimitados para dar una mayor seguridad, pero a pesar de ello⁴⁴², persisten problemas conceptuales en la definición del concepto de accidente de trabajo, por lo que hay una prolija y amplia jurisprudencia en materia de las llamadas “enfermedades del trabajo”, porque en sentido estricto ni son enfermedades comunes, ni son enfermedades profesionales, ni accidente de trabajo en el sentido estricto del mismo, se trata de una asimilación del concepto de accidente de trabajo. La presencia del tercer concepto “sui generis” dentro de las contingencias profesionales, diferente del accidente de trabajo y la enfermedad profesional, según TOSCANI GIMENEZ y FERNANDEZ PRATS⁴⁴³, genera confusión en una materia, que por sí misma, ha conseguido que la jurisprudencia haya realizado un tratamiento difuso.

⁴⁴¹ MARTINEZ BARROSO, M.B.: *Las enfermedades del trabajo*. Valencia 2002. Editorial Tirant lo Blanch, pág. 21.

⁴⁴² MARTINEZ BARROSO, M.B.: *Las enfermedades del trabajo*, ob. cit. págs. 22,23.

⁴⁴³ TOSCANI GIMENEZ, D. y FERNANDEZ PRATS, C.: “La presunción del artículo 115.3 (hoy 156.3) LGSS y las llamadas enfermedades del trabajo”, en *Tribunal social*, núm. 78,1997, pág. 70.

5.1. Las enfermedades causadas por el trabajo que la Ley asimila al accidente de trabajo. La enfermedad del trabajo.

En un principio solo era objeto de protección el accidente de trabajo, por tanto, lo que se pretende con las enfermedades del trabajo es obtener la misma tutela que éste ofrece. En consecuencia, y sin tener ninguna justificación en la ley, surge un proceso de asimilación de la enfermedad del trabajo al accidente de trabajo, como describe GONZALEZ ORTEGA⁴⁴⁴, aparecen las llamadas enfermedades del trabajo, que son las enfermedades causadas por el trabajo, que tienen su origen en el trabajo o que son provocadas por el mismo. Surgen porque al igual que unas lesiones las puede provocar un accidente de trabajo, idénticas lesiones pueden ser consecuencia, no de un acontecimiento súbito como el accidente, sino de un desarrollo de circunstancias que se producen en el medio de trabajo donde el trabajador desarrolla sus actividades, por lo que si se establece un vínculo entre trabajo y enfermedad, es lógico que se exija que reciban el mismo trato que el accidente de trabajo.

Por tanto, para que se produzca un accidente formalmente no es esencial que se produzca un accidente realmente, como expresa GONZALEZ ORTEGA⁴⁴⁵, es suficiente con que se den determinadas condiciones de trabajo y que éstas originen la enfermedad, desde el punto de vista legal hay accidentes de trabajo que en realidad son enfermedades.

En el mismo sentido se expresa MARTINEZ BARROSO⁴⁴⁶, tiene la consideración de accidente de trabajo las enfermedades, tanto físicas como

⁴⁴⁴ GONZALEZ ORTEGA, S.: "Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia". En *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 32.

⁴⁴⁵ GONZALEZ ORTEGA, S.: "Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia". En *Las enfermedades profesional*, ob. cit. pág. 33.

⁴⁴⁶ MARTINEZ BARROSO, M.R.: "Sobre las enfermedades profesionales no listadas (a propósito de un supuesto de "síndrome de desgaste personal" o de "burn-out")", en *Revista de Derecho Social*, núm. 10,2000. pág. 189.

psíquicas, que no son profesionales, pero contrae el trabajador cuando realiza su trabajo, pero hay que probar que la enfermedad es causa exclusivamente de la ejecución del trabajo.

Por su parte, GONZALEZ ORTEGA⁴⁴⁷ expresa que, junto a los conceptos descritos en los arts. 156 a 158 de LGSS, accidente laboral, accidente no laboral, enfermedad común y enfermedad profesional, aparece un quinto concepto como son las enfermedades del trabajo.

La Ley cuando se refiere a las enfermedades causadas por el trabajo se refiere solo a las enfermedades profesionales, y no existen otras enfermedades causadas por el trabajo, pero existe otro concepto, otra categoría, que englobaría el conjunto de todas las enfermedades que puedan ser provocadas por el trabajo, el trabajo es la causa principal, pero en cambio, está considerada de manera secundaria en la norma legal, son las llamadas “enfermedades del trabajo”.

Lo que caracteriza a las enfermedades del trabajo frente al accidente en sentido propio es que se intenta resaltar no llamándolas abiertamente accidentes, sino asimiladas al accidente, como dice el artículo 156.2 LGSS, de ahí que sean denominadas tanto por la doctrina y jurisprudencia como enfermedades del trabajo.

Por otra parte, considera RODRIGUEZ SANTOS⁴⁴⁸, que al calificar de manera negativa en el artículo 158.2 LGSS la enfermedad común frente a la profesional introduce al artículo 156.2 LGSS los apartados e), f) y g) para determinar un conjunto de enfermedades que tienen en común su enlace con el trabajo, y formalmente se encuadraran dentro del sistema de Seguridad Social

⁴⁴⁷ GONZALEZ ORTEGA, S.: “Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia”. En *Las enfermedades profesionales*,. ob. cit. pág. 31

⁴⁴⁸ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “Ampliación del concepto de accidente de trabajo en caso de enfermedades previas agravadas”, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, núm. 9/2014. BIB 2014/72.

como accidente de trabajo, porque son excluidas de la categoría de enfermedades profesionales debido a la rigidez de redacción del artículo 157 LGSS, donde sólo considera enfermedad profesional las que estén incluidas en la lista aprobada oficialmente, el RD/1299/2006, de 10 noviembre. Estos tres apartados, del artículo 156.2 e), f) y g), como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁴⁴⁹, componen supuestos de asimilación de accidente de trabajo, a diferencia de los otros apartados regulados en el artículo 156.2 LGSS, que están enmarcados en el concepto de accidente de trabajo, por tratarse propiamente de accidentes que se originan por ocasión o consecuencia del trabajo en momentos o posiciones concretas. Para la doctrina científica como MARTINEZ BARROSO⁴⁵⁰, estas enfermedades desde el punto de vista teórico constituyen los supuestos legales de las enfermedades del trabajo, pero nuestro ordenamiento jurídico no ha creado un grupo intermedio entre los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, por cuanto desde la perspectiva de su protección se viene aplicando las normas del artículo 156 LGSS.

Por tanto, para poder calificar como accidente de trabajo estas enfermedades, como describe RODRIGUEZ SANTOS⁴⁵¹, es necesario que se produzca el enlace entre la lesión que sufre el trabajador y el trabajo que realice. Resulta indiferente que sea por consecuencia o por ocasión del trabajo, estas condiciones dificultan la prueba de la relación de causalidad, por cuanto se trata de procesos patológicos que se pueden desarrollar en un periodo de tiempo más o menos dilatado en el tiempo, y que estos procesos puede ser afectados por distintos factores, y ello complica en numerosas ocasiones determinar que el elemento laboral es el relevante.

⁴⁴⁹ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "Ampliación del concepto de accidente de trabajo en caso de enfermedades previas agravadas", en *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, núm. 9/2014. BIB 2014/72.

⁴⁵⁰ MARTINEZ BARROSO, M.B.: *Las enfermedades del trabajo*, ob. cit. págs. 22,23.

⁴⁵¹ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "Ampliación del concepto de accidente de trabajo en caso de enfermedades previas agravadas", en *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, núm. 9/2014. BIB 2014/72.

Dentro de las asimilaciones de las enfermedades al concepto de accidente de trabajo del artículo 156.2 LGSS, como expresa GONZALEZ ORTEGA⁴⁵² diferencia entre una asimilación general, ésta coincide con el concepto de enfermedad del trabajo; y dos asimilaciones particulares específicas, las particulares necesitan de un accidente, en el sentido literal, el cual produce que las enfermedades que con anterioridad padecieron los trabajadores se agraven por efecto del mismo, o bien un accidente que ocasiona un proceso enfermizo se complica por enfermedades que derivan de dicho proceso, son las enfermedades intercurrentes, o como expresa MARTINEZ BARROSO⁴⁵³, se trata de enfermedades adquiridas en el medio donde el trabajador se instala para la curación de las secuelas del accidente.

5.1.1. Primeras manifestaciones de la jurisprudencia donde produce una asimilación de las enfermedades de trabajo al accidente de trabajo

La mejor opción hubiera sido reformar la Ley de Accidentes de Trabajo y establecer también como situación protegida las enfermedades del trabajo, así como establecer un tratamiento específico de las mismas, como describe GONZALEZ ORTEGA⁴⁵⁴, pero no obstante, como las enfermedades del trabajo no estaban contempladas en la Ley de Accidentes, la Sentencia del Tribunal Supremo 17 de junio 1903 las incluyó en su ámbito tras realizar un análisis del concepto de accidente de trabajo, concepto que sí estaba en la Ley. La Sentencia es una crítica a la propia noción de accidente de trabajo, establece que lo definitorio no es el accidente mismo sino la lesión que se produce.

⁴⁵² GONZALEZ ORTEGA, S.: "Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia". En *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 33.

⁴⁵³ MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades asimiladas al accidente de trabajo en la doctrina de los tribunales*. Editorial Foro de Derecho Social, Consejo General de Colegios de Graduados Sociales de España. 2004. pág. 25.

⁴⁵⁴ GONZALEZ ORTEGA, S.: "Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia". En *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 32.

Por otra parte, las primeras hipótesis jurisprudenciales donde se produce una asimilación de las enfermedades de trabajo al accidente de trabajo, como describe SANCHEZ PEREZ⁴⁵⁵, son: 1) La Sentencia del Tribunal Supremo 29 de noviembre 1913 “la bronconeumonía productora de la muerte del obrero fue ocasionado con motivo y consecuencia del trabajo que efectuaba en la cámara frigorífica del vapor dedicado a la pesca y en la que prestaba sus servicios, es manifiesto que debe calificarse de accidente comprendido en la ley, porque dicha enfermedad fue inherente al trabajo por cuenta y en interés del patrono”; 2) La Sentencia del Tribunal Supremo 3 de octubre 1929 se describe la mojadura por un golpe de mar, de la que sobreviene una infección pulmonar, que a su vez ocasionó la muerte de dicho oficial y es incontestable el derecho a indemnización por existir una relación de causalidad entre el golpe de mar durante el servicio de navegación, la mojadura, la afección pulmonar y el fallecimiento”; 3) La Sentencia del Tribunal Supremo 2 de diciembre 1929 considera accidente de trabajo “el fallecimiento del obrero fue debido al síncope que le originó la acción continuada del frio artificial, que en el trabajo especial a que le tenía dedicado la empresa de sacar barras de hielo de la cámara frigorífica y triturarlas, se veía precisado a soportar, el frio se hace inexcusable reconocer el carácter de accidente de trabajo que dicho fallecimiento integra, toda vez que sin la prestación del referido trabajo a tan baja temperatura, la defunción no se hubiera producido”.

Mas reciente en el tiempo y, en el mismo sentido que la Sentencia del Tribunal Supremo 17 de junio 1903 se manifiesta el Tribunal Supremo en Sentencia 26 de diciembre 1988 “para que se dé el accidente laboral no es

⁴⁵⁵ SANCHEZ PEREZ, J.: “*Accidentes de trabajo. Análisis jurisprudencial y acción de responsabilidad por daños*”. España 2017. Ediciones Dauro. pág. 187. Basándose en los comentarios de las sentencias realizado por GARCIA ORMAECHEA, R.: *Jurisprudencia del Tribunal Supremo y de la Comisión Superior de Previsión*. Madrid 1935. Imprenta y encuadernación de los sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos.

imprescindible que un agente extraño cause directamente y de modo *adecuado* la lesión corporal, sino que basta que la situación asumida por razón del trabajo sea elemento necesario para la lesión o daño” y la Sentencia 27 de febrero 2008 (recurso núm. 2716/2006) en la que se indica que la “lesión determinante del Accidente de Trabajo por la que debe entenderse -también- las enfermedades de súbita aparición o desenlace (Sentencia Tribunal Supremo 28/09/00 -recurso núm. 3690/99), comprendiendo así 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”.

5.1.2. Asimilación genérica. Las enfermedades, no incluidas en el artículo 157 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 se ha descrito, GONZALEZ ORTEGA⁴⁵⁶ diferencia asimilación genérica y dos asimilaciones particulares, en el artículo 156.2 apartado e) LGSS se realiza una asimilación genérica con el accidente de trabajo “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”. En este artículo se incluyen un grupo de enfermedades no profesionales, por tanto común, las cuales van a tener la protección que ofrece el accidente de trabajo, siempre y cuando se cumplan al unísono dos condiciones:

⁴⁵⁶ GONZALEZ ORTEGA, S.: “Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia”. En *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 35.

1ª.- Que la enfermedad la contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo.

2ª.- Siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo

La mención a las enfermedades no profesionales se interpreta tanto por los tribunales como por la doctrina científica, como expresa PEREZ ALONSO⁴⁵⁷, como enfermedades comunes que no se ajustan en la enumeración de las enfermedades profesionales del artículo 157 LGSS, pero a pesar de ello, el trabajador ha enfermado a consecuencia de la ejecución de su trabajo, pero ha de probar que la única causa, la causa exclusiva, de la enfermedad es la realización de su trabajo. Por lo que ha sido la jurisprudencia la que ha venido delimitando en cada caso concreto las diferentes enfermedades que se han podido encajar en este supuesto, pero siempre que quede acreditado de manera irrefutable la relación causa efecto entre la ejecución de un trabajo y la aparición con posterioridad de la enfermedad, solo de esta manera se podrá calificar la enfermedad común como accidente de trabajo por la vía del artículo 156.2.e LGSS esto es como enfermedad del trabajo.

Así, pueden encajar las alergias que padece el trabajador a consecuencia del desempeño de su trabajo, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco 11 de junio 2002 (recurso núm. 1028/2002), es el caso de una trabajadora limpiadora que padece dermatitis de contacto por alergia al níquel; Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Asturias 15 de enero 2010 (recurso núm. 2862/2009).

⁴⁵⁷ PEREZ ALONSO, M.A.: "Las distintas formas de accidente de trabajo", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 33.

Es evidente la necesidad probatoria donde se relacione la correlación del trabajo con la enfermedad, pero no se puede negar la dificultad de ésta prueba, teniendo en cuenta que la ley exige que el trabajo sea la causa exclusiva de la enfermedad, además si se tiene en cuenta, como expresa GONZALEZ ORTEGA⁴⁵⁸, es imposible de probar esa relación por cuanto la enfermedad es un proceso dilatado en el tiempo donde interfieren ciertos comportamientos, como pueden ser hábitos, cargas familiares, otros trabajos, otras enfermedades u otros acontecimientos provocados por terceros. Por este motivo la exigencia legal que sea el trabajo la única causa ha sufrido una atenuación, entendiendo que existe enfermedad del trabajo cuando el ambiente laboral tiene prioridad, prevalencia o ser decisivo, aunque no exclusivo en la incubación de la enfermedad. O que la enfermedad debe entenderse causada por el trabajo, como describe MARTINEZ BARROSO⁴⁵⁹, pero siempre que exista una relación de causalidad directa y severa, aunque no exclusiva con el trabajo, o que éste sea una concausa destacada de la enfermedad, junto a otras de carácter común.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo 25 de marzo 1986 “viene manifestándose en cuanto al fallecimiento por infarto de miocardio en el sentido de calificarlo como accidente laboral, siempre que de alguna manera concurra una conexión con la ejecución de un trabajo, bastando con que el nexo causal, indispensable siempre en algún grado, se dé sin necesidad de precisar su significación”. La Sentencia del Tribunal Supremo 18 de enero 2005 (recurso núm. 6590/2003) “es sin duda el ejercicio ininterrumpido de sus funciones como Ertzaina lo que ha dado lugar a los insultos, agresiones y amenazas sufridas por el demandante, que, a su vez, fueron causa del

⁴⁵⁸ GONZALEZ ORTEGA, S.: “Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia”. En *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 36.

⁴⁵⁹ MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*. Valencia 2002. Editorial Tirant lo Blanch, pág. 67.

deterioro de la salud de éste y de su baja por incapacidad. Ninguna otra causa aparece en el relato fáctico como explicativa o fundamentada de tales hechos”. La enfermedad que contrae la Ertzaina es por motivo de la relación del trabajo. En los requisitos no se exige que la situación derive de una concreta y determinada actuación laboral, basta que tenga su causa en el ejercicio de la actividad profesional: estrés del Ertzaina que es objeto de agresiones materiales y verbales del entorno abertzale.

5.1.3. Asimilación particular específica. Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

El artículo 156 .2 f) LGSS realiza una asimilación particular específica con el accidente de trabajo, como expresa GONZALEZ ORTEGA⁴⁶⁰, respecto de ciertas enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente de trabajo, en definitiva, como ha expresado la doctrina como MARTINEZ BARROSO⁴⁶¹ o GARCIA ORTEGA⁴⁶², las enfermedades son previas al accidente. Estas enfermedades pueden ser tanto enfermedades comunes, o enfermedades del trabajo, o enfermedades profesionales, ya curadas o no, o en curso de adquisición, manifiestas o latentes, que el accidente de trabajo las agrava como consecuencia de la lesión constitutiva de accidente de trabajo. En esta ampliación se incluye, igualmente, los defectos, pero resulta difícil averiguar qué se debe entender por defecto, por cuanto resulta evidente que no es una enfermedad, ni tampoco una patología, que estaría englobada en el

⁴⁶⁰ GONZALEZ ORTEGA, S.: “Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia”. En *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 35.

⁴⁶¹ MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*. Valencia 2002. Editorial Tirant lo Blanch. pág. 39.

⁴⁶² GARCIA ORTEGA, J.: “El accidente de trabajo (Actualidad de un concepto centenario)”, en *Tribuna Social*, núm. 109-2000. Pág. 50.

concepto de enfermedad, con lo que quizás por “defectos” se debe entender aquellas lesiones de mínima importancia o de carácter estético que, a consecuencia del accidente de trabajo resulten agravadas.

Se plantea la problemática sobre el tratamiento que habría que dar a una patología común que se agrava como consecuencia del trabajo, como interpreta PEREZ ALONSO⁴⁶³, cuando se produzca en tiempo y lugar de trabajo, cuando una patología común se agrava como consecuencia del trabajo funciona la presunción del artículo 156.3 LGSS, se considera accidente de trabajo, pero el Tribunal Supremo ha interpretado que la enfermedad no tiene en el trabajo su causa concluyente por cuanto ya se padecía con anterioridad, pero a consecuencia del trabajo se agrava o desata, en concreto la Sentencia 20 de junio 1990 (RJ 1990/5498), “Aun aceptando la tesis de que la enfermedad del trabajador, diagnosticada diez meses antes como hipertensión arterial -sin otra connotación- fuera la causa remota de la invalidez producida, no puede desconocerse que el súbito desvanecimiento que sufrió, con o sin traumatismo concomitante (que ello es indiferente) supone lesión que agravó su enfermedad, lo que determina la aplicación al caso del referido artículo en su número 2-f). Y, de otro lado la presunción legal -siquiera «iuris tantum»- del número 3 del precepto acarrearía también la calificación del evento como accidente de trabajo”, en este supuesto el Tribunal se podría aplicar tanto el párrafo 2.f como el párrafo 3 del artículo 156 LGSS. En esta línea, se ha manifestado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 5 de febrero 2019 (recurso núm. 59/2019) donde se recoge “una lesión corporal en forma de tirón, acaecido en tiempo y lugar de trabajo, la cual actúa como desencadenante y saca a la luz una previa dolencia cervical” (Fundamento Jurídico Cuarto).

⁴⁶³ PEREZ ALONSO, M.A.: “Las distintas formas de accidente de trabajo”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 34.

Para calificar este tipo de accidente, como señala PEREZ ALONSO⁴⁶⁴, se precisa acreditar la relación de causalidad, la Sentencia del Tribunal Supremo 24 de mayo 1990 establece que “no basta que la enfermedad de origen común se manifieste exteriormente con ocasión del ejercicio de la ocupación laboral para tener la calificación de accidente de trabajo, siendo preciso además demostrar, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁴⁶⁵, la efectiva influencia del ejercicio profesional en la aparición de la patología de referencia.

En este sentido, esta presunción abarca incluso a la enfermedad profesional. Así, cuando la enfermedad profesional se encuentre latente y se manifiesta como consecuencia de un acontecimiento ocurrido en el trabajo es un accidente de trabajo, en este sentido Sentencia del Tribunal Supremo 25 de enero 2006 (recurso núm. 2840/2004) “lo determinante es que los efectos incapacitantes se produzcan o pongan de manifiesto con ocasión o como consecuencia del trabajo que se vaya desarrollando a través de un suceso repentino calificable de accidente de trabajo, ya que tales efectos tienen lugar como consecuencia del accidente al interrelacionar con la enfermedad previa”. En esta sentencia, además, se resuelve que incluso la existencia de una presunción de enfermedad profesional cede, como expresa GONZALEZ MARTINEZ⁴⁶⁶, ante la prueba en contrario, por lo que será suficiente demostrar que los efectos incapacitantes tienen su causa en la lesión constitutiva del accidente “la existencia de una presunción del concepto de enfermedad profesional cede ante prueba en contrario”. En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo 14 de febrero 2006 (recurso núm. 2990/2004), epiocondiolitis, derivada de accidente de trabajo, las lesiones y secuelas

⁴⁶⁴ PEREZ ALONSO, M.A.: “Las distintas formas de accidente de trabajo”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 35.

⁴⁶⁵ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “Ampliación del concepto de accidente de trabajo en caso de enfermedades previas agravadas”, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, núm. 9/2014. BIB 2014/72.

⁴⁶⁶ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit., pág. 230.

padecidas por el trabajador tienen su origen en un accidente por sobreesfuerzo muscular en codo derecho, que acaeció de manera repentina cuando realizaba tareas de armar ladrillos, debiendo decidir el Tribunal si, desde el punto de vista de la responsabilidad aseguradora que es el único que importa en el presente asunto, hay que optar por la aplicación prevalente del artículo 156.2.f) LGSS sobre el artículo 157 LGSS, o de este último con exclusión del primero, dictaminado. “La otra razón se refiere al nexo de causalidad entre lesión y trabajo, que en el caso de enfermedades o defectos agravados por un agente que interviene de manera traumática o repentina, es más intenso con el trabajo prestado en el momento de ocurrir tal evento que con el trabajo prestado en el momento de manifestación posterior no traumática o repentina de la enfermedad invalidante.

La Sentencia del Tribunal Supremo 3 de julio 2013 (recurso núm. 1899/2012) estima que tiene la consideración de accidente de trabajo la patología lumbar previa que se agrava al sufrir un tirón con ocasión del trabajo realizado, y la recaída en la lesión que agravó el accidente, “y que nos encontramos ante una patología previa que se agravó estando el trabajador en el centro de trabajo desempeñando su labor y con ocasión de realizar un esfuerzo, lo que hace que el suceso deba considerarse accidente laboral, conforme al artículo 156.2.f) LGSS”⁴⁶⁷. Al trabajador se le declaró afecto de una incapacidad permanente total a causa de accidente de trabajo. En esta misma línea, más recientemente, la Sentencia del Tribunal de Justicia del País Vasco de 5 de febrero 2019 (recurso núm. 59/2019).

Los Tribunales Superiores de Justicia también se han manifestado en este sentido, así la STSJ de Castilla y León, Burgos, 20 de febrero 2014 (recurso núm. 86/2014) considera que la dolencia previa podrá ser agravada

⁴⁶⁷ En el mismo sentido SSTs 27 de octubre 1992 (recurso núm. 1901/1991), 23 de febrero 2010 (recurso núm. 2348/2009).

por un accidente de trabajo, en este caso se trataba de una hernia discal cervical. De tal manera que si la patología degenerativa previa que padecía el trabajador se ha visto agravada como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente, en estos supuestos, será posible aplicar el artículo 156.2.f, como expresa PEREZ ALONSO⁴⁶⁸, pues una interpretación contraria dejaría sin contenido el propio precepto.

Por otra parte, el precepto realiza de manera genérica una referencia a las enfermedades y defectos, según RODRIGUEZ SANTOS⁴⁶⁹, admite la consideración de cualquier trastorno previo al accidente que padezca el trabajador, contiene tanto las contingencias comunes como profesionales, tanto si están existentes como latentes, y tanto físicas como psíquicas, por cuanto lo que determina la consideración de accidente de trabajo es el resultado siguiente provocado por la circunstancia de realizar el trabajo. En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo 29 de abril 2014 (recurso núm. 1521/2013) establece que también están incluidas las enfermedades que padece el trabajador pero que están silentes en el momento del accidente de trabajo o se agravan estando el trabajador en el centro de trabajo.

Por otra parte, la doctrina, como expresa PEREZ ALONSO⁴⁷⁰, admiten que se pueda valorar las recaídas como supuesto de agravamiento de la enfermedad, por los esfuerzos que pudiera realizar el trabajador, siguiendo el artículo 174 LGSS, referido a los supuestos de incapacidad temporal.

⁴⁶⁸ PEREZ ALONSO, M.A.: "Las distintas formas de accidente de trabajo", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional. ob. cit.* pág. 34.

⁴⁶⁹ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "A vueltas con el concepto de accidente de trabajo, en el supuestos de enfermedades comunes manifestadas en tiempo y lugar de trabajo", en *Revista de Aranzadi Social*, núm. 5-2008.BIB 2008/990.

⁴⁷⁰ PEREZ ALONSO, M.A.: "Las distintas formas de accidente de trabajo", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional, ob. cit.* pág. 36.

5.1.4. Asimilación particular específica. 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.

El artículo 156.2.g) LGSS realiza una asimilación particular específica con el accidente de trabajo, respecto de enfermedades intercurrentes ajenas al accidente de trabajo que haya sufrido el trabajador en su origen, pero cuyas consecuencias estén influyendo negativamente en el proceso de recuperación del accidente de trabajo.

Se trata como expresa la ciencia o bien de complicaciones del proceso patológico determinado por el accidente mismo, o bien que tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en el que se haya situado el paciente para su curación.

En este supuesto, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁴⁷¹, para que se pueda considerar enfermedades intercurrentes, se requiere que el proceso de desarrollo y las consecuencias del accidente se alteren por dolencias que se produzcan después del accidente o como consecuencia del mismo.

El supuesto del artículo 156.2.g) LGSS reconduce, como expresa RODRIGUEZ-PIÑERO y BRACO FERRER⁴⁷², a un acontecimiento anterior ligado por una relación de causalidad conveniente con las vicisitudes posteriores de las dolencias, y que forman un todo unitario, esto es, lo que justifica que se califique como accidente de trabajo no solo el cuadro inicial

⁴⁷¹ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "Ampliación del concepto de accidente de trabajo en caso de enfermedades previas agravadas", en *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, núm. 9/2014. BIB 2014/72.

⁴⁷² RODRÍGUEZ-PIÑERO y BRAVO FERRER, M.: "Las enfermedades del trabajo en la legislación española", en *Jornadas sobre enfermedades del trabajo: calificación y prevención*. Madrid 1995. Editorial Muprespa, pág. 34.

sino también los acontecimientos posteriores o accesorios. En este primer caso, el riesgo es el trabajo mismo, pero la construcción doctrinal y legal se ha ampliado a otros casos donde el riesgo no está en el trabajo, sino en aquellas circunstancias que son necesarias en el proceso de curación del accidente que causó el trabajo. Este precepto también amplía la calificación de accidente de trabajo, enfermedad del trabajo, a aquellas enfermedades que se adquieran por la influencia del medio donde se ponga al accidentado para que se cure, comprendiendo las diferentes prescripciones facultativas y terapéuticas que sean necesarias durante la asistencia, incluso se puede extender, y comprender el lugar o establecimiento de curación. En consecuencia el artículo permite conceder esta calificación a enfermedades de etiología común, tanto físicas como psíquicas, según reconoce la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Cantabria 27 de octubre 1993 (AS 1993 4411).

De este modo, una enfermedad común cuando es calificada como concurrente es considerada accidente de trabajo, como expresa PEREZ ALONSO⁴⁷³, porque convergen por una parte una relación de causalidad inmediata entre accidente de trabajo inicial y por otra parte la enfermedad del proceso patológico iniciado por aquel, Sentencia del Tribunal Supremo 11 de abril 1990 (RJ 1990/3465). Se consideran accidente de trabajo las consecuencias aunque sean comunes, de las enfermedades que dimanen del accidente, por cuanto resultan modificadas en su duración, gravedad o terminación por lesiones que, aunque no son propiamente profesionales, si que constituyen complicaciones o agravaciones del proceso patológico determinado por el accidente de trabajo, es decir que se interrelacionan ambos procesos patológicos, y de esta manera se permite calificar de contingencias profesionales.

⁴⁷³ PEREZ ALONSO, M.A.: "Las distintas formas de accidente de trabajo", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional. ob. cit.* pág. 37.

La enfermedad intercurrente no es que preexista, como describe GONZALEZ MARTINEZ⁴⁷⁴, sino que es, a su vez, consecuencia de otra lesión constitutiva de accidente, como cuando un trabajador padece dos accidentes de trabajo y fallece por una insuficiencia respiratoria causada porque a consecuencia del accidente debía de mantener reposo; también es el supuesto de una infección que proviene del periodo de curación que debe realizar como consecuencia de haber padecido un accidente de trabajo. En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo 10 de julio 2007 (recurso núm. 54/2006) indica que “la incapacidad temporal tiene, como se ha visto, un doble origen, pues de una parte fue causada por unas lesiones derivadas de accidente de trabajo y en otra parte por dolencias producidas por enfermedad común. Pero todo proceso de IT es una realidad de contenido unitario, cuyos efectos se aplican de forma única e indiferenciada a toda la situación protegida, sin que sea posible establecer diferencias ni distingos en cuanto a su protección. Esto significa que la enfermedad lumbar que sufre el actor, tiene que ser incardinada en el apartado g) del artículo 156.2 LGSS. En el mismo sentido, la Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cantabria 18 de abril 2007 (recurso núm. 254/2007): es enfermedad intercurrente el VIH que es causada al trabajador a consecuencia de la asistencia sanitaria que recibe después del accidente de trabajo y se contagió por las transfusiones sanguíneas recibidas en el tratamiento de curación.

Por otra parte el Tribunal supremo exige que exista una necesaria relación de causalidad entre la enfermedad intercurrente y la modificación que se produce en el accidente de trabajo precedente, Sentencia 11 febrero 1985 (RJ 1985/633).

⁴⁷⁴ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de origen profesional*, ob. cit. pág. 231.

5.2. Presunción de accidente de trabajo. Asimilación Global de enfermedad del trabajo. Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutiva de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo.

Ante la dificultad del sistema de lista cerrada que está vigente en nuestro ordenamiento jurídico, para determinar una enfermedad como profesional, según expresa FERNANDEZ COLLADOS⁴⁷⁵, por cuanto existen patologías que a pesar de su etiología laboral permanecen fuera del cuadro de enfermedades profesionales, y tampoco se tienen en consideración que las enfermedades pocas veces tienen una sola causa, por tanto ha sido necesaria la búsqueda de otras alternativas con el fin de que determinados supuestos quedasen protegidos con las particularidades y privilegios que supone la clasificación de enfermedades profesionales.

A las enfermedades del trabajo ha sido la propia jurisprudencia del Tribunal Supremo, según expresa DESDENTADO BONET y NOGUEIRA GUASTAVINO⁴⁷⁶, la que incluso antes de estar identificada de manera expresa por el legislador de determinadas particularidades, ha concedido la protección que se establece solo a las contingencias profesionales a ciertos procesos que son de etiología diferente a la que causa de manera súbita y violenta una fuerza exterior, con la única alusión legislativa a la genérica e histórica definición de accidente de trabajo.

El artículo 156.3 LGSS establece una presunción tan importante para la protección del trabajador, por lo que determina que se pueda considerar, desde mi punto de vista, una asimilación global de enfermedad del trabajo.

⁴⁷⁵ FERNANDEZ COLLADOS, M.B.: "Las enfermedades del trabajo", en *Revista española de Derecho del Trabajo*, núm. 146/2010. Pamplona 2010. Editorial Civitas S.A. BIB 2010/585.

⁴⁷⁶ DESDENTADO BONETE, A. y NOGUERIA GUASTAVINO, M.: *La Seguridad Social en la Unificación de Doctrina. Una síntesis de Jurisprudencia (1991-1996)*. Valencia 1997. Editorial Tirant lo Blanch. pág. 27.

5.2.1. Enfermedad profesional. Enfermedad del trabajo. Accidente de trabajo. La relación causal.

Hay factores de riesgos específicos del trabajo, los que derivan de la expresión por consecuencia, como expresa SANCHEZ PEREZ⁴⁷⁷, que resultan de una causalidad directa, cuando la lesión tenga como causa directa o inmediata el trabajo, y hay factores naturales, los que derivan de la expresión con ocasión, que resultan de un nexo de causalidad indirecta, cuando sin la participación del trabajo la lesión no se hubiera producido o no hubiera alcanzado el alcance que presenta. Para MARTIN VALVERDE⁴⁷⁸, los factores de causalidad indirecta están definidos porque concurren dos condiciones: una negativa, en cuanto que estos factores no son propios o específicos del trabajo; y una condición positiva que se especifica por realizar actividades, que de manera mediata, estén condicionando una situación “sine qua non” de la existencia de un riesgo asociado al trabajo

La diferencia fundamental, según FERNANDEZ COLLADOS⁴⁷⁹, entre enfermedades del trabajo, las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo en sentido estricto se encuentra en la relación de causalidad entre trabajo y lesión. Por cuanto, las enfermedades profesionales gozan de la presunción “iuris et de iure” de origen profesional de la patología, por tanto no es preciso probar la relación causal, como describe DESDENTADO BONET⁴⁸⁰, cuando se diagnostica la enfermedad, queda constancia de la existencia del agente listado, y también queda acreditada la realización de la actividad para la

⁴⁷⁷ SANCHEZ PEREZ, J.: “*Accidentes de trabajo. Análisis jurisprudencial y acción de responsabilidad por daños*”. España 2017. Ediciones Dauro, pág. 61.

⁴⁷⁸ MARTIN VALVERDE, A: “El accidente de trabajo, formación y desarrollo de un concepto legal” en AA.VV. GONZALO GONZALEZ, B. y NOGUEIRA GUSTAVINO, M. (Directores). *Cien años de Seguridad Social. a propósito del centenario de la Ley de accidentes de trabajo de 30 de enero de 1900*. Madrid 2000. Editorial Fraternidad Muprespa.

⁴⁷⁹ FERNANDEZ COLLADOS, M.B.: “Las enfermedades del trabajo” ob. cit. BIB 2010/585.

⁴⁸⁰ DESDENTADO BONET, A.: en AA.VV. MONEREO, J.L. (Dir.). *Comentarios a la Ley de la Seguridad Social*. Granada 1999. Editorial Comares. pág. 1122.

que la enfermedad está prevista, la calificación como profesional es prácticamente automática.

En cambio, las enfermedades del trabajo, como expresa FERNANDEZ COLLADOS⁴⁸¹, si que necesitan probar la conexión causal entre la patología y el trabajo desarrollado. En cambio los accidentes de trabajo en sentido estricto se producen con ocasión o consecuencia del trabajo, por lo tanto al accidente se le da una fuerza expansiva jurídica que supone una presunción “iuris tantum” de que existe nexo de unión entre lesión y trabajo cuando las lesiones se manifiestan en la jornada de trabajo y en el lugar de trabajo, en cambio en las enfermedades de trabajo la relación de causalidad es directa, concretando MARTINEZ BARROSO⁴⁸², se trataría de un supuesto de causalidad directa, estricta y rigurosa, por tanto se excluirían aquellas que solo están vinculadas de manera indirecta causalmente al trabajo, o aquellas en las que por coincidir diferentes agentes causales, concausalidad o causalidad compleja, no pueden vincularse de manera exclusiva con el trabajo. Pero, de esta manera, el ámbito de la enfermedad del trabajo quedaría muy limitado en relación con el que es propio del accidente de trabajo, pero esta restricción se supera por el juego de la presunción del artículo 156.3 de LGSS, y por la elaboración jurisprudencial que se ha venido caracterizando por atenuar la rigidez del vínculo exclusivo trabajo-enfermedad.

Por otra parte considera MARTINEZ BARROSO⁴⁸³, que las enfermedades del trabajo podrían abarcar un concepto más amplio, y dentro de este se incluiría la enfermedad profesional, considerando la enfermedad del trabajo el concepto género y la enfermedad profesional la especie. De esta forma toda enfermedad profesional es una enfermedad del trabajo, pero no toda enfermedad del trabajo es enfermedad profesional.

⁴⁸¹ FERNANDEZ COLLADOS, M.B.: “Las enfermedades del trabajo” ob. cit. BIB 2010/585.

⁴⁸² MARITNEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*, ob. cit. pág. 67.

⁴⁸³ MARITNEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*, ob.cit. pág. 51.

5.2.2. La presunción de laboralidad.

Las suposiciones de enfermedades del trabajo necesitan de una relación de causalidad directa que exige una gran complejidad probatoria, como expresa FERNANDEZ COLLADOS⁴⁸⁴, por cuanto y a pesar de que en la actualidad la mayoría de las dolencias que padece el trabajador son enfermedades que tienen alguna vinculación con el trabajo. Además, estas enfermedades tienen una causalidad compleja, por tanto resultaría muy difícil demostrar que la causa exclusiva de la enfermedad es el trabajo y por medio de la presunción del apartado tercero del artículo 156 de LGSS esta dificultad se atenuaría. Es una auténtica presunción *iuris tantum*, por cuanto atribuye naturaleza laboral a las lesiones que sucedan en el lugar y tiempo de trabajo.

La presunción legal opera de manera mecánica, por cuanto al aplicarla implica que partiendo de un hecho cierto y justificado, como describe SANCHEZ PEREZ⁴⁸⁵, aparece otro hecho cierto que, a menos que se pruebe en contrario, se presumirá cierto también. Por tanto una vez que los sujetos beneficiarios de la presunción, el trabajador o sus causahabientes, demuestran que la dolencia sucedió en tiempo y lugar de trabajo, no tendrán que probar el elemento importante del vínculo causal. Porque, según describe CABEZA PEREIRO y FERNANDEZ PROL⁴⁸⁶, si aplicásemos la normativa que regula la Ley de Enjuiciamiento Civil, artículo 217.2, en materia probatoria le correspondería al actor la carga de la prueba, del nexo de causalidad entre trabajo y lesión, en este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo 18 de enero 1983 (RJ 1983/93) establece que quienes fueran responsables de la cobertura del accidente y si se opusieran a su calificación como tal, será necesario que

⁴⁸⁴ FERNANDEZ COLLADOS, M.B.: "Las enfermedades del trabajo", ob. cit. BIB 2010/585.

⁴⁸⁵ SANCHEZ PEREZ, J.: "Accidentes de trabajo. Análisis jurisprudencial y acción de responsabilidad por daños", ob. cit. pág. 65

⁴⁸⁶ CABEZA PEREIRO, J y FERNANDEZ PROL, F.: "Presunción de laboralidad de los accidentes de trabajo acaecidos en el lugar y tiempo de trabajo", en AA.VV., *Accidentes de Trabajo y sistema de prestaciones*. Albacete 2009. Editorial Bormazo. pág. 167.

acrediten y conste, que la dolencia ha sido originada por causa diferente del trabajo realizado.

En conclusión la presunción de laboralidad, que describe el artículo 156.3 de la LGSS, requiere imprescindiblemente que la parte contraria pruebe que se ha roto el nexo causal, como expresa LOPEZ INSUA⁴⁸⁷, entre el trabajo y la lesión.

5.2.2.1. La trascendencia de los términos tiempo y lugar de trabajo.

Dejando a salvo lo establecido en el artículo 34.5 del Estatuto de los Trabajadores respecto a la jornada laboral, y en relación a la protección del accidente laboral debe entenderse como tiempo de trabajo, como expresa MARTINEZ BARROSO⁴⁸⁸, no solo el que compone dicha jornada, sino que también es tiempo de trabajo el periodo aunque breve, previo de permanencia en la empresa que el trabajador necesita para organizarse, para realizar su actividad y desarrollarla desde el inicio de la jornada, en este tiempo también hay riesgo de accidente. De esta manera, se está ampliando la presunción de laboralidad a todo el tiempo que el trabajador está sometido a las decisiones de la empresa. En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo 4 de octubre 2012 (recurso núm. 3402/2011) manifiesta que es tiempo de trabajo aquél en el que el trabajador no está realizando servicios en sentido estricto pero está realizando actividades previas que resultan indispensables para desarrollar su trabajo.

Como expresa SANCHEZ PEREZ⁴⁸⁹, la Sentencia del Tribunal Supremo 19 de mayo 2015 (recurso núm. 3002/2013) realiza matizaciones que hay que

⁴⁸⁷ LOPEZ INSUA, B.M.: “La presunción de laboralidad de nuevo a escena: el desprendimiento de tetina como accidente de trabajo en caso de uso de pantallas de visualización de datos”, en *Revista de Derecho de la Seguridad Social. Laborum*. Estudios de Doctrina Judicial, núm. 19 (2º Trimestre 2019), págs. 139-157.

⁴⁸⁸ MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*. ob. cit. pág. 69.

⁴⁸⁹ SANCHEZ PEREZ, J.: “Accidentes de trabajo. Análisis jurisprudencial y acción de responsabilidad por daños”. ob. cit. pág.253.

reflexionar, en ésta se trata de un vigilante de seguridad que padece un ictus cerebral en los vestuarios del edificio que prestaba los servicios, en este caso el trabajador ya había fichado antes de padecer el ictus, se encontraba en los vestuarios para proveerse de los EPIS, que se encontraban en los vestuarios y que era obligatorios ponérselos, y, por último, se había pactado en el convenio colectivo la percepción de un plus de puntualidad, por lo que incidía en una falta de puntualidad y pérdida del plus si se incorporaba tarde al puesto de trabajo, de tal modo que el tribunal lo considera como accidente de trabajo.

5.2.2.1.1. La presunción de laboralidad del tiempo de descanso para el bocadillo.

La presunción también ampara la lesión que sufra durante el tiempo de bocadillo o descanso, la Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Madrid 22 de diciembre 2003 (recuso núm. 4868/2003) ⁴⁹⁰. Si la lesión se produce en la jornada y en lugar de trabajo, aunque no se estuviera trabajando, por ejemplo porque el trabajador está en la pausa del bocadillo, se considera accidente de trabajo”. La Sentencia del Tribunal Supremo 9 de mayo 2006 (recurso núm. 2932/2004) considera que el accidente que padece un trabajador de la construcción en su lugar de trabajo pero genera dudas en cuanto al tiempo “es regla general de experiencia y canon comúnmente aceptado de conducta que en situaciones como la aquí contemplada, los trabajadores realizan su comida en el centro de trabajo y en la pausa que el mismo permita, sin que con ello quede absolutamente desvinculado la lesión del trabajo realizado”. En igual sentido Sentencia del Tribunal Supremo 14 de diciembre 2014 (recurso núm. 3138/2013) en este supuesto el accidente cerebro vascular se inicia por la mañana, en tiempo y lugar de trabajo pero se exterioriza con toda la

⁴⁹⁰ La STSJ Castilla y León, Burgos, de 6 de octubre 2005 (recurso núm. 664/2005), declara accidente de trabajo la aneurisma de aorta ascendente que padece el trabajador en el descanso para comer.

mordacidad cuando se encontraba comiendo con sus compañeros, no mucho después de abandonar el puesto de trabajo.

En cambio en una Sentencia mas reciente del Tribunal Superior de Andalucía, Sevilla, 7 de septiembre 2017 (recurso núm. 2433/2016), no considera accidente de trabajo la aparición súbita de enfermedad en tiempo de descanso en base a la calificación que realice el Convenio Colectivo de jornada de trabajo, “pues la consideración que realiza el Convenio Colectivo al respecto se ha de entender referida a la consideración como tal a efectos de jornada, pero no puede alterar la calificación que merezca la enfermedad de aparición súbita durante el tiempo del bocadillo”. Por otra parte la Sentencia Tribunal Superior de Justicia Castilla-León, Burgos, de 20 de septiembre 2017 (recurso núm. 487/2017) el trabajador padece un infarto isquémico durante el descanso del bocadillo se califica como accidente de trabajo, en el convenio colectivo se había pactado que estaban incluidos dentro de la jornada laboral el tiempo empleado de descanso, “el artículo 10 del convenio colectivo de empresa dispone que se acuerda una jornada máxima anual de 1720 horas de trabajo efectivo, entendiéndose incluido los tiempos empleados como descanso para bocadillo. Por ello en absoluto fue irracional o ilógica la conclusión a la que llegó el juzgador de instancia cuando afirmó que este tiempo era integrante de la jornada de trabajo. Así las cosas, entendemos que al trabajador en el presente supuesto le ampara la presunción de la laboralidad tantas veces citada, pues la enfermedad se manifestó en tiempo de trabajo, durante su jornada laboral por tanto, sin que sea obstáculo a lo anterior que estaba en un bar, pues, por un lado, la pausa del bocadillo en principio, salvo que existiera algún tipo de limitación legal, en convenio o contractual, lo que no es el caso, puede disfrutarse donde se considere oportuno”.

5.2.2.1.2. La presunción de laboralidad del desprendimiento de retina.

De conformidad con la información médica actual⁴⁹¹, el desprendimiento de retina puede ser causado por traumas que se causan por procesos de envejecimiento, diabetes severa o trastornos inflamatorios, como expresa LOPEZ INSUA⁴⁹², si bien en la mayoría de los casos el desprendimiento de retina es espontáneo, aunque también se habla que hay unos factores de riesgo tales como la miopía, antecedentes familiares de desprendimiento de retina, trauma y diabetes incontrolada.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León, Burgos, de 25 de enero 2000 (recurso núm. 850/1999) determina que el desprendimiento de retina que sufrió un trabajador que desarrollaba el trabajo de operador de máquinas móviles, funciones de gruista, consistente en el manejo de una grúa mediante mando a distancia. Cuando llevaba realizando su trabajo sufrió un desprendimiento de retina, que dio lugar a una incapacidad temporal debe de calificarse derivada de accidente de trabajo, por cuanto se produjo en tiempo y lugar de trabajo, por tanto la alegación en el recurso que realiza la mutua de que no hubo traumatismo ni sobreesfuerzo no desvirtúa la calificación de accidente de trabajo.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, de 16 de febrero 2004 (recurso núm. 146/2004), considera que la incapacidad temporal derivaba de accidente de trabajo, en este caso la trabajadora, auxiliar de enfermería del Servicio Murciano de Salud, sufrió un desprendimiento de vítreo y retina, tanto la Inspección médica como el Equipo de Valoración de Incapacidades, dictaminaron que la baja médica derivaba de accidente de trabajo, a pesar de

⁴⁹¹ Vid. Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria que publica el INSS. <https://www.amat.es/Ficheros/4452.pdf>

⁴⁹² LOPEZ INSUA, B.M.: “La presunción de “laboralidad” de nuevo a escena: el desprendimiento de retina como accidente de trabajo en caso de uso de pantallas de visualización de datos”, en *Revista de Derecho de la Seguridad Social. Laborum*, núm. 19 (2º trimestre 2019), págs. 139-157.

que no consta que la trabajadora sufriera durante el desarrollo de su trabajo ningún traumatismo.

Si bien pueden influir factores externos como la alimentación, el estrés, la exposición a distintos agentes, químicos, físicos o biológicos, costumbres y determinados hábitos, pero como expresa LOPEZ INSUA⁴⁹³, también hay estudios científicos que revelan una correlación positiva entre el desprendimiento de retina y la emisión de las pantallas de visualización de datos, es decir que la exposición continuada a un ordenador promueve o facilita que se produzca el desprendimiento de retina, indistintamente de la disposición genética del individuo, que también puede influir, porque en la ciencia médica no hay términos absolutos, sino que habrá que estar a las características del individuo y el entorno de trabajo.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de junio 2018 (recurso núm. 3144/2016) estima el recurso de casación interpuesto por la trabajadora, administrativa de la Seguridad Social, que sufrió desprendimiento de retina mientras trabajaba delante de la pantalla del ordenador debe ser considerado accidente de trabajo, al tratarse de una lesión súbita producida en lugar y tiempo de trabajo. El Juzgado de lo Social núm. 3 de Orense en sentencia de 12 de marzo 2015, consideró que se trataba de accidente de trabajo, pero el INSS interpuso recurso al considerar que no es aplicable la presunción de laboralidad del artículo 156.3 LGSS, porque no quedaba acreditado que la actora sufriera un traumatismo causante del desprendimiento de retina, dictándose Sentencia por el Tribunal Superior de Galicia de 29 de junio 2016 (recurso núm. 2715/2015), en la cual se admitía el recurso interpuesto por el INSS, revocando la sentencia del Juzgado de lo Social.

⁴⁹³ LOPEZ INSUA, B.M.: “La presunción de “laboralidad” de nuevo a escena: el desprendimiento de retina como accidente de trabajo en caso de uso de pantallas de visualización de datos”, en *Revista de Derecho de la Seguridad Social. ob. cit.*, pág. 139-157.

En relación a la presunción “iuris tantum” del artículo 156.3 LGSS, en la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de marzo 2018 (recurso núm. 2942/2016) establece que dicha presunción se extiende a los accidentes y también a las enfermedades, pero no se puede aplicar a las enfermedades que por su propia naturaleza queden excluidas de etiología laboral⁴⁹⁴.

De conformidad con el Fundamento Tercero de la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de junio 2018 (recurso 3144/2016) se concluye que “ha de calificarse como accidente de trabajo aquel en que de alguna manera concurra una conexión con la ejecución de un trabajo, bastando con el nexo causal, y se dé sin necesidad de precisar su significación, debiendo otorgarse dicha calificación de accidente de trabajo, cuando no aparezca acreditada la ruptura de la relación de causalidad entre actividad profesional y el hecho dañoso, por haber ocurrido hechos de tal relieve que sea evidente a todas luces la absoluta carencia de aquella relación”⁴⁹⁵. Se estima el recurso y no se puede excluir el factor trabajo en el desencadenamiento de patologías oculares, en concreto el desprendimiento de retina, sin perjuicio de que estadísticamente existan otras causas productoras más frecuentes. Establecida la presunción no se puede admitir que, como alego el INSS, la falta de literatura médica que conecten el trabajo ante pantallas de ordenador con desprendimiento de retina, porque la presunción se refiere al tiempo y lugar de trabajo y no a los instrumentos del mismo.

El artículo 156.3 LGSS está sumido en una enorme casuística, como expresa LOPEZ INSUA⁴⁹⁶, se trata de un artículo que está continuamente

⁴⁹⁴ En este sentido SSTs de 22 de diciembre 2010 (recurso núm. 719/2010); 14 de marzo 2012 (recurso núm. 4360/2010); 18 de diciembre 2013 (recurso núm. 726/2013); y 10 de diciembre 2014 (recurso núm. 3138/2013).

⁴⁹⁵ En este sentido SSTs 9 de mayo 2006 (recurso núm. 2932/2004); 15 de junio 2010 (recurso núm. 2101/2009); y 6 de diciembre 2015 (recurso núm. 2990/2013).

⁴⁹⁶ LOPEZ INSUA, B.M.: “La presunción de “laboralidad” de nuevo a escena: el desprendimiento de retina como accidente de trabajo en caso de uso de pantallas de visualización de datos”, en *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit., págs. 139-157.

modificándose a nivel jurisprudencial, debido a su carácter de “*numerus apertus*” y de su constante evolución social, es posible explicar la aparición de nuevos elementos que rompen con los tradicionales recogidos en la LGSS, por lo que hoy se consideran otros elementos que amplían el ámbito protector establecido en éste artículo.

5.2.2.2. Ruptura de la doble condición tiempo y lugar de trabajo.

Cabe la posibilidad de que existan dos supuestos que se produzca la ruptura de la doble condición de tiempo y lugar de trabajo, como expresa SANCHEZ PEREZ⁴⁹⁷:

1) cuando el accidente sucede en el lugar de trabajo pero fuera del tiempo de trabajo, en esta suposición el Tribunal Supremo mantiene la presunción de laboralidad en el caso del marinero que fallece después de permanecer varios días con fiebre en cama por enfermedad en el buque, Sentencia Tribunal Supremo 22 de septiembre 1986 (RJ 1986/5025); y en el caso del camionero que fallece en el camión en periodo de descanso la Sentencia del Tribunal Supremo 4 de mayo 1998 (RJ 1998/4091) considera que se estaban llevando a cabo gestiones de trabajo como en el accidente en misión.

2) cuando se produce el accidente durante el tiempo pero fuera del lugar de trabajo, como expresa MARTINEZ BARROSO⁴⁹⁸ se presumen que constituyen accidente de trabajo, salvo prueba en contrario, no solo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y lugar de trabajo, sino también las lesiones que puedan sobrevenir con motivo de realizar actos privados, por cuanto no corresponde realizar una interpretación estricta o textual de los elementos que constituyen la base de la presunción, por lo que la presunción también comprende a los padecimientos que sufra el trabajador durante la celebración

⁴⁹⁷ SANCHEZ PEREZ, J.: “*Accidentes de trabajo. Análisis jurisprudencial y acción de responsabilidad por daños*”. ob. cit. pág.69.

⁴⁹⁸ MARITNEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*, ob. cit. pág. 80.

de actos o reuniones a los que acuda por encargo de la empresa, por lo que entenderemos lugar de trabajo, como expresa la Sentencia del Tribunal Supremo 18 de diciembre 1996 (recurso núm. 2343/1996) “aquél en el que se está por razón de la actividad encomendada, aunque no sea el lugar de trabajo habitual”; en este supuesto se trataba de un comercial que padece una hemorragia cerebral con resultado de muerte cuando asiste, en representación y por encargo de de la empresa, al entierro de la madre de un compañero de trabajo. Por tanto, la presunción alcanza a cualquier suceso que padezca el trabajador en acontecimientos que acuda en virtud del poder de dirección del empresario, en cumplimiento de una orden de la empresa, aunque ésta no se refiera directamente al contenido de la prestación laboral que es objeto del contrato.

5.2.3. La inversión de la carga de la prueba.

En nuestro ordenamiento jurídico social, según expresa MARTINEZ BARROSO⁴⁹⁹ se establecen presunciones con la finalidad de dar por probado unas consecuencias o hechos que se desprenden de otros, por lo que probados unos hechos o indicios, automáticamente la ley entiende que queden probados otros, salvo prueba en contrario. Esta es la justificación de la presunción del apartado tercero del artículo 156 LGSS, si bien el trabajador no queda totalmente exento de la prueba, pero siendo el trabajador la parte que se beneficia de la misma tiene un estatus procesal de primacía y, por tanto la parte procesal contraria a lo que se presume, debe soportar la carga probatoria para destruir el resultado que viene determinado a priori por la norma.

⁴⁹⁹ MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*, ob. cit. pág. 82.

Cuando se aplica la presunción de laboralidad conlleva, según describe MATEU CARRUANA⁵⁰⁰, que el accidente es laboral mientras no se demuestre lo contrario, mediante prueba idónea, trasladando la carga de la prueba a quien pretenda el no reconocimiento de que exista accidente de trabajo, normalmente será el empresario, o la MUTUA, por lo que tendrá que probar que no hay relación entre el trabajo y la enfermedad contraída, y esto conlleva considerables dificultades debido a la amplitud de la definición legal de la conexión que incluye la actuación del trabajo como mera ocasión para que se produzca el accidente.

Para que se produzca la rotura de la relación de causalidad entre la lesión y el trabajo que se realiza, será necesaria como expresa SANCHEZ PEREZ⁵⁰¹, una prueba verdadera y contundente de la existencia de una causa que descarte la relación con el trabajo y en el orden procesal quien se ve favorecido por la presunción resulta exento de la prueba del hecho presunto, se produce una inversión del “onus probando”, deberá probar quien niegue la relación de causalidad, la jurisprudencia ha interpretado de manera amplia la presunción citada⁵⁰². En este sentido, establece la Sentencia del Tribunal Supremo 13 de octubre 2003 (Recurso núm. 1819/2002) por cuanto atañe “no solo a los accidentes de trabajo 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”.

⁵⁰⁰ MATEU CARRUANA, M^a. J.: “El alcance de la presunción contenida en el artículo 115.3 LGSS y la calificación como laborales de los accidentes acaecidos en el lugar y durante el tiempo de trabajo”. en *Aranzadi Social* núm. 13/1999. BIB 1999/1487.

⁵⁰¹ SANCHEZ PEREZ, J.: “*Accidentes de trabajo. Análisis jurisprudencial y acción de responsabilidad por daños*”. ob. cit. pág.55.

⁵⁰² SANCHEZ PEREZ, J.: “*Accidentes de trabajo. Análisis jurisprudencial y acción de responsabilidad por daños*”, ob. cit. pág. 66.

La parte favorecida por la presunción legal, bien el trabajador o bien sus causahabientes, gozan de una situación procesal privilegiada, como lo expresan CABEZA PEREIRO y FERNANDEZ PROL⁵⁰³, o estatus procesal de primacía, y la parte procesal que es contraria a lo que se presume, empresa o entidades subrogadas, serán quienes deberán soportar la carga de la prueba en contrario. Desde el punto de vista procesal, la presunción legal de laboralidad determina la inversión del “onus probando”, que recae sobre quien niegue la relación de causalidad entre trabajo y accidente, y por tanto el carácter profesional de la contingencia.

Para proceder a destruir la presunción supone probar que no hay conexión causal entre trabajo y lesión, y como define SANCHEZ PEREZ⁵⁰⁴, esta prueba puede convertirse en una “prueba diabólica”, resultando con asiduidad difícil de practicar, como establece la Sentencia del Tribunal Supremo 28 de noviembre 1974 (RJ 4659) “la presunción solo cede ante la prueba cierta y convincente de la causa del suceso excluyente de la relación con el trabajo”

5.2.4. Posible contradicción entre artículos 156.2.e) y 156.3 de LGSS.

De la lectura literal del artículo 156.2.e) LGSS asimilación genérica a la enfermedad del trabajo, parece deducirse que estas enfermedades del trabajo de este apartado no están amparadas, como expresa FERNANDEZ COLLADOS⁵⁰⁵, por la presunción del apartado tercero de dicho artículo, por cuanto parece ser que esto supondría una contradicción entre ambos apartados, dado que el apartado 2.e) del artículo 156 LGSS decreta que las

⁵⁰³ CABEZA PEREIRO, J y FERNANDEZ PROL, F.: “Presunción de laboralidad de los accidentes de trabajo acaecidos en el lugar y tiempo de trabajo”, en *Accidentes de Trabajo y sistema de prestaciones*, pág. 168.

⁵⁰⁴ SANCHEZ PEREZ, J.: “*Accidentes de trabajo. Análisis jurisprudencial y acción de responsabilidad por daños*”. ob. cit. pág. 67.

⁵⁰⁵ FERNANDEZ COLLADOS, M.B.: “Las enfermedades del trabajo”, ob. cit. BIB 2010/585.

enfermedades contraídas con motivo de la realización del trabajo, solo tienen la consideración de laboral siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo, por tanto de esta lectura se podría deducir que el legislador no pretende otorgar a estas enfermedades el favor de la presunción, y en este sentido hay pronunciamientos judiciales que así lo avalan como la Sentencia del Tribunal Supremo 24 de mayo 1990 (RJ 1990/4498)⁵⁰⁶, y como expresa SANCHEZ PEREZ⁵⁰⁷, el trabajo ha de ser el único factor causal de la enfermedad, y no puede calificarse de laboral la enfermedad que es fruto de varias causas⁵⁰⁸. Sin embargo, la aplicación de la presunción de laboralidad del artículo 156.3 LGSS ha sido de hecho la vía más importante para conceder la consideración de accidente de trabajo a las enfermedades comunes con probabilidad de conexión con el trabajo, y en particular a las lesiones cardíacas.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo 27 de diciembre 1995 (recurso núm. 1213/1995) indica que hay presunción de accidente de trabajo en el caso del infarto de miocardio padecido por el trabajador. Así, son numerosas las sentencias del Tribunal Supremo que han afirmado la aplicación de la presunción de laboralidad del artículo 84.3 de la LGSS 1974, actual 156, 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. En este sentido, se han pronunciado, entre otras, las Sentencias de 22 marzo 1985, 25 septiembre 1986, 29 septiembre 1986 y 4 noviembre 1988, y la Sentencia de unificación

⁵⁰⁶ En similar sentido STS 24 de mayo 1994 (Ar 4296).

⁵⁰⁷ SANCHEZ PEREZ, J.: *“Accidentes de trabajo. Análisis jurisprudencial y acción de responsabilidad por daños”*, ob. cit. pág.195.

⁵⁰⁸ En el mismo sentido la Sentencia del Tribunal Supremo 10 de marzo 1981.

de doctrina de 27 octubre 1992 (recurso núm. 1901/1991)”⁵⁰⁹. Es más algunas sentencias determinan que la presunción de laboralidad permanece aunque hubiera antecedentes o síntomas de la enfermedad en fechas o momentos inmediatamente anteriores de trabajo que surge en tiempo y lugar de trabajo, como establece la Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Murcia 17 de febrero 1997 (AS 1997 925), de modo que la laboralidad del infarto, aun existiendo antecedentes de enfermedades cardíacas y coronarias, no se desvirtúa sino se acredita de manera concluyente que el elemento desencadenante se debiera a causas extrañas a la relación laboral.

No obstante, también hay resoluciones judiciales donde se produce la destrucción de la presunción de laboralidad de la enfermedad del trabajo, según expresa FERNANDEZ COLLADOS⁵¹⁰ que aparece en tiempo y lugar. En este aspecto, la Sentencia del Tribunal Supremo 16 de diciembre 2005 (Recurso núm.3344/2004) señala que es necesario 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, la condición de dolencia congénita evidencia que su génesis no guarda relación alguna con el trabajo”, por lo que puede haberse originado la crisis en cualquier otro momento y lugar.

Ante esta situación de falta de consenso entre la jurisprudencia, que ha generado inseguridad jurídica, sobre la presunción del artículo 156.3 LGSS, según expresa FERNANDEZ COLLADOS⁵¹¹ y MARTINEZ BARROSO⁵¹², se puede establecer que cuando se trate de enfermedades que se manifiesten de

⁵⁰⁹ En el mismo sentido STSJ Comunidad Valenciana 6 de febrero 2001 (Recurso núm. 154/2000), el trabajador que se encargaba de la contabilidad de la cafetería del Hospital La Fe en Valencia, tenía un horario flexible, presunción de accidente de trabajo aneurisma cerebral ocurrido en el centro de trabajo durante la comida con otros cargos y trabajadores.

⁵¹⁰ FERNANDEZ COLLADOS, M.B.: “Las enfermedades del trabajo”, ob. cit. BIB 2010/585.

⁵¹¹ FERNANDEZ COLLADOS, M.B.: “Las enfermedades del trabajo”, ob. cit. BIB 2010/585.

⁵¹² MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*, ob. cit. pág. 87.

manera súbita y violenta, como es el caso de los infartos de miocardio, hemorragias cerebrales, se aplicara la presunción del artículo 156.3 LGSS, pero en el supuesto de enfermedades que su aparición responde a un momento concreto que no deriva de un acto violento como manifestación externa no se aplicaría dicha presunción. Por tanto, la solución más acertada sería calificarla como accidente de trabajo conforme al artículo 156.1 LGSS, y la aplicación de la presunción del artículo 156.3 LGSS para el concepto más amplio de lesión corporal a las enfermedades que se manifiesten de forma súbita y violenta, donde la relación de causalidad es más flexible (infartos de miocardio, derrames cerebrales); y calificarla como accidente de trabajo en virtud del artículo 156.2.e) LGSS para las enfermedades lentas y progresivas, donde no sería viable aplicar la presunción de laboralidad del artículo 156.3 LGSS, y sería necesario la prueba de que la enfermedad ha sido provocada únicamente por el trabajo.

5.3. Problemas que conlleva la consideración jurídica de las enfermedades de trabajo como accidente de trabajo.

Si bien desde el punto de vista asistencial es indiferente que consideremos jurídicamente la enfermedad del trabajo como accidente del trabajo o como enfermedad profesional, como expresa FERNANDEZ COLLADOS⁵¹³, pero si puede repercutir la calificación en otros aspectos como puede ser las mejoras voluntarias que se puedan establecer en los convenios colectivos, porque como manifiesta MARTINEZ BARROSO⁵¹⁴, sin lugar a dudas cuando un trabajador padece una enfermedad del trabajo deberá

⁵¹³ FERNANDEZ COLLADOS, M.B.: "Las enfermedades del trabajo" ob. cit. BIB 2010/585.

⁵¹⁴ MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*, ob. cit. pág. 213.

beneficiarse de las mejoras voluntarias⁵¹⁵ previstas para los supuestos de accidente de trabajo.

Pero, los problemas surgen cuando la enfermedad del trabajo se manifieste después de finalizar la relación contractual, ¿se les aplicaría las mismas mejoras que a la enfermedad profesional?. Desde el punto de vista biológico, muchas enfermedades del trabajo no siempre se presentan de forma violenta, súbita o repentina, por tanto las mejoras voluntarias que se conceden al accidente de trabajo pueden que no sean suficientes y quizá, sería más aconsejable equipararlas a las enfermedades profesionales.

Desde el punto de vista preventivo repercute de manera negativa, según expresa MARTINEZ BARROSO⁵¹⁶, la naturaleza contenciosa de las enfermedades del trabajo frente a la simplicidad de las enfermedades profesionales, por cuanto las entidades responsables de planificar la prevención eficaz, la enfermedad del trabajo es una enfermedad, una alteración de la salud diferente del accidente de trabajo, entendida como lesión que es producida por un agente externo, brusco y violento.

A pesar de que, por orden legal, el mismo tratamiento jurídico que se le da al accidente de trabajo se otorga a la enfermedad del trabajo, ésta sigue siendo una enfermedad, y no un accidente; aunque en muchas ocasiones se trata de dolencias de carácter súbito como enfermedades cardíacas, vasculares, hemorragias cerebrales. Y no se puede olvidar que otras enfermedades evolucionan de manera lenta, cuyos efectos no son letales,

⁵¹⁵ VID. sobre mejoras voluntarias de la Seguridad Social: PEREZ ALONSO, M.A.: "Las mejoras voluntarias de la Seguridad Social: su interpretación judicial", en *Actualidad Laboral*, núm. 2-2001; GARCIA ORTEGA, J.: "Mejoras voluntarias de la Incapacidad Temporal. El papel de la negociación colectiva en la mejora de la protección por Incapacidad Temporal", en *Las incapacidades laborales y la Seguridad Social en una sociedad en transformación: I Congreso Internacional y XIV Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad*, (coordinador ARISTIZABAL RODRIGUEZ, E.F.). Murcia 2017. Editorial Ediciones Laborum. págs. 123- 148.

⁵¹⁶ MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*, ob. cit. pág. 218.

como pueden ser enfermedades reumáticas o dolencias psíquicas, que quizá podrían evitarse con unas medidas preventivas adecuadas, medidas que en principio solo son planeadas de manera exclusiva para las enfermedades profesionales.

De otro lado, el ordenamiento jurídico español contiene una sucesión de normas que son específicas de prevención de riesgos profesionales para las enfermedades profesionales, según describe FERNANDEZ COLLADOS⁵¹⁷, normas que son incluso anteriores a la publicación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley 31/1995 de 8 de noviembre. Por tanto, si calificamos las enfermedades del trabajo como accidentes de trabajo supone que su prevención es considerablemente reducido por cuanto no se aplicarían las medidas específicas de prevención que están previstas para la enfermedad profesional.

Además, cabe destacar que teniendo en cuenta que la LGSS establece una serie de privilegios en materia preventiva para la enfermedad profesional, como:

a) la previsión de los periodos de observación para estudiar el diagnóstico definitivo, en estos supuestos el trabajador puede acogerse a una baja que se asimila a la incapacidad temporal, artículos 169.1. b) y 176 LGSS;

b) reconocimientos médicos, según el artículo 243 LGSS todas las empresas que deban cubrir puestos de trabajo con riesgo de contraer enfermedades profesionales están obligadas a realizar un reconocimiento médico previamente a la admisión de los trabajadores que vayan a ocuparlos, y además de manera periódica deben realizar reconocimientos médicos para cada tipo de enfermedad según se establezca en las normas aprobadas por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, además si la empresa incumple incurre en una infracción grave en materia de prevención de riesgos laborales,

⁵¹⁷ FERNANDEZ COLLADOS, M.B.: "Las enfermedades del trabajo", ob. cit. BIB 2010/585.

y será responsable directa de la totalidad de las prestaciones que puedan derivarse de la enfermedad profesional incluso el recargo de prestaciones económicas artículo 244.2 LGSS;

c) si quien incumple es la Mutua se le impondrá como sanción el pago de una cantidad igual a la totalidad de la responsabilidad empresarial y de todas las primas que haya recibido de la empresa, con un recargo que podrá alcanzar el 100% de dicho importe, y en caso de reincidencia se prevé la anulación de la autorización de la Mutua para colaborar en la gestión, artículo 244.3 LGSS.

En este sentido, por tanto las medidas preventivas descritas se encuentran en la LGSS, como expresa MORENO CALIZ⁵¹⁸, no en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, por lo que son específicas de las enfermedades profesionales, no son aplicables a las enfermedades del trabajo, y como están incluidas dentro del concepto de accidente de trabajo del artículo 156 LGSS no se benefician de su aplicación. Por lo tanto, la consecuencia que una enfermedad esté incluida o no en la lista oficial de enfermedades profesionales no es insignificante, por lo que resulta de suma importancia ampliar la lista a otras patológicas que tienen su origen en el trabajo y por tanto puedan gozar del mismo régimen de protección, que es mucho más ventajoso desde el punto de vista de la prevención de las enfermedades profesionales, aunque no desde el punto de vista de la reparación, como establece la Sentencia del Tribunal Supremo 14 de febrero 2006 (Recurso núm. 2990/2004), que recoge la doctrina del Sentencia del Tribunal Supremo 19 de mayo 1986, donde se recoge que la diferencia entre accidente de trabajo y enfermedad profesional no se encuentra en la acción protectora que se concede sino en determinados aspectos accesorios o instrumentales.

⁵¹⁸ MORENO CÁLIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva. Puntos críticos*. Granada 2008. Editorial Comares. pág. 4.

5.3.1. El sistema mixto, alternativa para el concepto de enfermedades del trabajo.

El sistema vigente de lista cerrada, en opinión de FERNANDEZ COLLADOS⁵¹⁹, matizando entre enfermedades profesionales y enfermedades del trabajo, se aproxima a un sistema mixto, pero hay un inconveniente porque las enfermedades de trabajo son tratadas como accidente de trabajo, aquellas enfermedades que no están listadas, por lo que este sistema vigente debería desaparecer y dar paso a un sistema mixto que combinase la fijación de un cuadro de enfermedades calificadas como profesionales, con una cláusula abierta que permitiera judicialmente considerar enfermedades profesionales a aquellas que se demuestre la conexión causal con el trabajo, como el sistema francés⁵²⁰, porque un sistema mixto aportaría mayor seguridad jurídica, porque evitaría la confusión terminológica posibilitando una acción protectora, reparadora y preventiva de las denominadas enfermedades del trabajo.

5.4. Enumeración “de algunas” enfermedades del trabajo.

Desde el punto de vista médico, como expresa TOSCANI GIMENEZ y FERNANDEZ PRATS⁵²¹, es imposible concretar la causa de una dolencia, y, es

⁵¹⁹ FERNANDEZ COLLADOS, M.B.: “Las enfermedades del trabajo” ob. cit. BIB 2010/585.

⁵²⁰ FERNANDEZ COLLADOS, M.B.: “Las enfermedades del trabajo” ob. cit. BIB 2010/585. El sistema francés sigue un modelo mixto en el cual se distinguen tres categorías de enfermedades profesionales: a) las que cumplen todas las condiciones del cuadro; b) las que no cumplen todas las condiciones del cuadro, pero son causadas directamente por el trabajo habitual y; c) las que no están listadas en el cuadro, pero se producen estricta y esencialmente por el trabajo habitual y conllevan o bien la muerte o bien la incapacidad permanente al menos en un 25%. Las enfermedades profesionales que cumplen todos los requisitos se benefician de una presunción “iuris tantum”, mientras que las enfermedades profesionales que no cumplen todas las condiciones del cuadro o aquellas que no están listadas pero son causadas por el trabajo, tiene que superar un procedimiento de reconocimiento basado en los conocimientos médicos y en el dictamen motivado de un Comité Regional para el reconocimiento de enfermedades profesionales.

⁵²¹ TOSCANI GIMENEZ, D. y FERNANDEZ PRATS, C.: “La presunción del artículo 115.3 de la LGSS y las llamadas enfermedades del trabajo” en *Tribuna Social: Revista de seguridad social y laboral*, núm. 78-1997, pág. 65.

más, esta dificultad aumenta cuando se trata de enfermedades comunes por cuanto no se puede afirmar que la enfermedad no hubiera acaecido en un ambiente laboral diferente o fuera del mismo.

Se pueden realizar diversas clasificaciones de las enfermedades del trabajo, como expresa MARTINEZ BARROSO ⁵²², pueden ser lo mismo las que sufre una persona de una manera repentina y violenta, es decir patologías de acaecimientos súbitos, como pueden ser infartos, derrames cerebrales, anginas de pecho, como alteraciones de la columna y hernias de esfuerzo, como aquellas otras patologías de desarrollo lento y de manera progresiva, tanto físicas como psíquicas, donde hay más dificultad para determinar la causa de la enfermedad y evaluar la repercusión del trabajo en el origen de la alteración patológica.

5.4.1. Enfermedades cardiovasculares, hemorragias cerebrales.

Tanto la jurisprudencia, que desde la Sentencia del Tribunal Supremo 24 de noviembre 1924. Incluye el ataque cardiovascular en la protección de las contingencias profesionales, como la doctrina científica, entre los que destaca GARCIA NINET⁵²³ han admitido como contingencia profesional el infarto de miocardio y las cardiopatías isquémicas, y como expresa MARTINEZ BARROSO⁵²⁴, independientemente de que un trabajador tenga o no antecedentes patológicos se reconocerá el carácter profesional, por tanto, serán accidente de trabajo, las enfermedades cardiacas y otras patologías no traumáticas que se presentan de manera súbita como derrame cerebral, hemorragias, aneurismas o edemas pulmonares que se manifiesten en tiempo

⁵²² MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*, ob. cit. pág. 113.

⁵²³ GARCIA NINET, J.J.: "Infartos, derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas como accidentes de trabajo", en *Tribuna Social*, núm. 3-1991; FERNANDEZ BERMUDEZ, J.: "El infarto miocardio como accidente de trabajo", en *Actualidad Laboral*, núm. 36-1997.

⁵²⁴ MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*. ob. cit. págs. 115, 121.

y lugar de trabajo, tanto por realizar algún esfuerzo físico como por sobrecarga nerviosa, es decir acumular estrés y tensiones nerviosas que terminan provocando la enfermedad.

Por su parte la jurisprudencia viene identificando, según expresa SANCHEZ PEREZ⁵²⁵, el infarto agudo de miocardio a determinadas enfermedades que se manifiestan de forma súbita y violenta, como las enfermedades de carácter cardiovascular, las hemorragias cerebrales, como también así lo establece la jurisprudencia, la Sentencia del Tribunal Supremo 18 de febrero 1998 (recurso núm. 2343/1996); como la hemiparesia⁵²⁶, Sentencia Tribunal Supremo 4 de mayo 1998 (recurso núm. 932/1997); como también la hipoxia cerebral⁵²⁷, Sentencia del Tribunal Supremo 11 de diciembre 1997 (recurso núm. 1215/1997); y del mismo modo las embolias o los edemas pulmonares.

5.4.1.1. Enfermedades cardiovasculares, hemorragias cerebrales, en tiempo y lugar de trabajo.

Si bien desde un punto de vista científico, como expresa MARTINEZ BARROSO⁵²⁸, la enfermedad cardiaca no tiene una causa laboral, por cuanto es un hecho súbito que pueden contribuir a la aparición de órganos dañados por el estado patológico que tenía con anterioridad el trabajador.

De conformidad con lo establecido en el artículo 156.1 LGSS, y como expresa SANCHEZ PEREZ⁵²⁹, se pueden calificar de profesional la enfermedad cardiovascular cuando la misma se exterioriza en tiempo y lugar

⁵²⁵ SANCHEZ PEREZ, J.: "El infarto de miocardio y su vinculación con el trabajo", en *Actualidad Laboral* núm. 4-2011. BIB 2011/830.

⁵²⁶ Es una disminución de la fuerza motora o parálisis parcial que afecta a un brazo y una pierna del mismo lado del cuerpo causada por una lesión en el cerebro, tronco cerebral, cerebelo.

⁵²⁷ Se produce cuando hay una minoración de suministro de oxígeno al cerebro.

⁵²⁸ MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*, ob. cit. pág. 125

⁵²⁹ SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo*, ob. cit. pág. 244.

de trabajo. Pero por otra parte también el Tribunal Supremo considera dentro de la “lesión corporal” las enfermedades de aparición súbita, por lo que facilitará que se califique la contingencia de profesional.

Si bien en un primer momento se admitía el infarto como accidente de trabajo cuando las actividades laborales estaban vinculadas al esfuerzo físico como establece la Sentencia del Tribunal Supremo 24 de noviembre 1924 en el caso del obrero que muere a consecuencia de un colapso cardíaco cuando cargaba sacos de cemento, el Tribunal consideró que era accidente de trabajo porque la lesión interna no se hubiera producido sin los violentos esfuerzos del trabajo. En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de abril 1975 (RJ 2066/1975) considera accidente de trabajo la causa de la muerte por infarto de miocardio del trabajador que se produjo cuando se dirigía a iniciar el trabajo de empapelador en el domicilio de un cliente, y la Sentencia del Tribunal Supremo de 8 de octubre de 1975 (RJ 3786/1975) también considera accidente de trabajo el infarto de miocardio que sufrió el trabajador al mover un armario, y debido al esfuerzo que hizo.

Pero, por otra parte, también se ha considerado a partir de la Sentencia del Tribunal de 2 de diciembre 1969 (RJ 5673), como describe SANCHEZ PEREZ⁵³⁰ que es accidente de trabajo, aunque no existan esfuerzos físicos por el trabajador, el sucedido por una fuerte excitación nerviosa a consecuencia de una discusión en el trabajo; igual sucede en la Sentencia del Tribunal Supremo 29 de octubre 1971 (RJ 4037), el infarto del trabajador se produce por estados emocionales provocados por el trabajo.

Porque, no solo, es el esfuerzo físico en el trabajo el causante de que aparezca un infarto, como establecen Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre 1995 (recurso núm. 1213/1995), 15 de febrero 1996 (recurso núm. 2149/1995), sino también existe un segundo factor de riesgo, como

⁵³⁰ SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo*, ob. cit. pág. 245.

expresa SANCHEZ PEREZ ⁵³¹, el estrés, por tanto cuando se produce el infarto en tiempo y lugar de trabajo actúa la presunción de laboralidad, porque no hay actividad laboral que no esté sometida o bien a un esfuerzo o rendimientos susceptibles de provocar estrés. En este sentido, como establece la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de julio 1997 (recurso núm. 892/1996) se aplica la presunción de laboralidad a las enfermedades cardiacas que se han manifestado en tiempo y lugar de trabajo, porque no se puede descartar que hayan influido los factores laborales en la formación de una crisis cardiaca.

Es más, incluso cuando el trabajador ha tenido predisposición a padecer un infarto se ha calificado como profesional el infarto producido en lugar y tiempo de trabajo, como ha establecido el Tribunal Supremo en Sentencias de 1999 de 18 de marzo (recurso núm. 5194/1997), el trabajador presentaba tabaquismo y dislipemia; la Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de julio 1999 (recurso núm. 3044/1998), determina que “las enfermedades isquémicas del miocardio, sea una angina de pecho, sea un infarto de miocardio, pueden verse influidos por factores de índole varia, entre ellos el esfuerzo o la excitación, que son propias de algunas actividades laborales”; la Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de diciembre 1999 (recurso núm. 2930/1998), donde constan antecedentes por tabaquismo.

El Tribunal Supremo en la Sentencia 13 de octubre 2003 (recurso núm. 1819/2002) establece que la Sala ha venido dando el carácter de accidente de trabajo al considerar que el artículo 156.3 LGSS establece la presunción que requiere la prueba en contrario que evidencie de manera inequívoca la ruptura de la relación de causalidad entre el trabajo y la enfermedad; la Sentencia del Tribunal Supremo 30 de enero 2004 (recurso núm. 3221/2002) siguiendo la misma línea declara que la isquemia aguda, en trabajador con factores de riesgo cardiovasculares se declara que la incapacidad temporal deriva de

⁵³¹ SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo*, ob. cit. pág. 246.

accidente de trabajo. Así, la doctrina recogida en la Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de septiembre 2007 (recurso núm. 853/2006) establece las razones para estimar la presunción de laboralidad del infarto, siendo estas las siguientes: 1) “la presunción del artículo 156.3 LGSS se refiere no solo a los accidentes en sentido estricto o lesiones producidas por la acción súbita y violenta de un agente exterior, sino también se refiere a las enfermedades o alteraciones de los procesos vitales que pueden surgir en el trabajo; 2) Para la destrucción de la presunción de laboralidad de la enfermedad surgida en tiempo y lugar de trabajo, 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 descarta o excluye la acción del trabajo como factor determinante o desencadenante, bien porque se aduzcan hechos que desvirtúen dicho nexo causal; 3) La presunción no se excluye porque se haya acreditado que el trabajador padeciera la enfermedad con anterioridad o porque se hubieran presentado síntomas antes de iniciarse el trabajo”. El mismo criterio es seguido en sentencias posteriores como la Sentencia del Tribunal Supremo 20 de octubre 2009 (recurso núm. 1810/2008).

Por tanto, vemos, como expresa SANCHEZ PEREZ⁵³², la casuística no excluye a un trabajador fumador de un paquete diario y con antecedentes morbosos de patología coronaria como es dolor torácico, sin relación con el esfuerzo, y que se acompaña de sudor frío, la Sentencia del Tribunal Supremo 18 de diciembre 2013 (recurso núm. 726/2013) ha calificado como accidente de trabajo el infarto producido en tiempo y lugar de trabajo, o como expresa PEREZ ALONSO⁵³³, lo que se valora a estos efectos no es la acción del trabajo como causa de lesión cardíaca, lo que no sería apreciable en principio dada la etiología común en este tipo de lesiones, lo que se valora es la acción

⁵³² SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo*, ob. cit. pág. 250.

⁵³³ PEREZ ALONSO, M. A.: “Las distintas formas de accidente de trabajo”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob. cit. pág. 44.

del trabajo en el marco del artículo 156.2.f) LGSS como factor desencadenante de una crisis, que es la que lleva a la situación de necesidad protegida, y esta posible acción del trabajo se beneficia de la presunción legal del artículo 156.3 LGSS, por lo que no puede quedar excluida solo por la prueba de que la enfermedad ya se padecía antes, pues aunque así fuera, es la crisis y no la dolencia previa la que hay que tener en cuenta a efectos de proceder a la protección; es más no impide la calificación de accidente de trabajo cuando el trabajador fallece en el lugar de trabajo pero no en la jornada de trabajo como la Sentencia del Tribunal Supremo 20 de octubre 2014 (recurso núm. 3138/2013) donde se presume accidente de trabajo la hemorragia que padece el trabajador durante el descanso para comer; la Sentencia del Tribunal Supremo 8 de marzo 2016 (recurso núm. 644/2015)⁵³⁴ establece que la incapacidad temporal reconocida al trabajador derivada de infarto de miocardio acaecido en tiempo y lugar de trabajo es un accidente de trabajo, aunque los síntomas se iniciaran días antes, sin que los mismos impidieran al trabajador acudir al trabajo. También se considera accidente de trabajo la lesión cardiovascular del trabajador que presenta síntomas en tiempo y lugar de trabajo pero la lesión se desencadena en el gimnasio mientras realizaba ejercicios. La Sentencia del Tribunal Supremo 20 de marzo 2018 (recurso núm. 2942/2016)⁵³⁵ establece que la presunción de laboralidad del artículo 156.3 LGSS se aplica aunque el trabajador tuviera lesiones cardiovasculares previas. En el mismo sentido, se decide la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sevilla, de 4 de abril 2019 (recurso núm. 111/2018), se califica como accidente de trabajo la amputación de un brazo del trabajador

⁵³⁴ La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 21 de junio 2014 (recurso núm. 3202/2012) se considera accidente de trabajo si se produce en tiempo y lugar de trabajo aunque no se pueda acreditar la causa, y aunque el trabajador tuviera antecedentes de ser bebedor y padecía epilepsia

⁵³⁵ La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 21 de junio 2014 (recurso núm. 3202/2012) se considera accidente de trabajo si se produce en tiempo y lugar de trabajo aunque no se pueda acreditar la causa, y aunque el trabajador tuviera antecedentes de ser bebedor y padecía epilepsia

debido a fascitis necrosante por una bacteria anaeróbica, cuyos síntomas debutan en tiempo y lugar de trabajo, y alcanza la presunción de laboralidad del artículo 156.3 LGSS.

5.4.1.1.1. Especial consideración al infarto producido en los vestuarios y durante el tiempo de descanso entre jornadas.

La jurisprudencia no ha sido pacífica en relación al infarto que padece el trabajador en los vestuarios, cuando se encuentra cambiándose de ropa en el centro de trabajo, pero antes de incorporarse al puesto de trabajo, o bien cuando ya ha finalizado y se encuentra cambiándose de ropa en los vestuarios.

En la Sentencia del Tribunal Supremo 28 de abril 1983 (RJ 1983/1888) al trabajador le sobrevino “el infarto cuando se encontraba en el vestuario del centro de trabajo, diez minutos antes de iniciarse la jornada, en tales casos, salvo prueba en contrario se presume que son constitutivas de accidente de trabajo, ya que ha de entenderse como lugar de trabajo el lugar o dependencia de la empresa en el que el operario se encontraba por razón de dicho trabajo, y por lo tanto los vestuarios destinados a prepararse para desarrollarlo no sólo en un aspecto de comodidad en cuanto a la ropa, sino también en lo relativo a los obligados elementos de seguridad, tales como cascos, botas, cinturones etc. así es como debe entenderse a estos efectos como tiempo de trabajo, sin perjuicio de lo establecido en cuanto al computo de la jornada que establece en el artículo 34.3 del Estatuto de los Trabajadores”. En el mismo sentido, y para un supuesto análogo, la Sentencia del Tribunal Supremo 27 de enero 1986 (RJ 1986/285), en este caso el conductor se encuentra preparando el camión para iniciar el recorrido y sufrió un infarto de miocardio se califica como accidente de trabajo.

De igual manera, se reconoce en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Aragón de 18 de junio 2001 (recurso núm. 797/2000), la calificación de

accidente de trabajo en el supuesto planteado donde el trabajador realizaba un sistema de trabajo a turnos rotativos continuados en periodos semanales de mañana, tarde y noche, y descansando durante dos semanas consecutivas, el trabajador se encuentra mal en los vestuarios de la empresa para iniciar la jornada laboral y sufrió un infarto de miocardio, que le produjo la muerte, el tribunal consideró que debe entenderse que también integra la jornada el breve periodo de tiempo previo de permanencia en la empresa para prepararse para el trabajo, pues en este tiempo también hay riesgo de accidentes. En el mismo sentido, declara la Sentencia del Tribunal Superior del País Vasco de 10 de septiembre 2002 (recurso núm. 1337/2002), el trabajador cuando se hallaba cambiándose de ropa para iniciar su jornada laboral cuando sufrió un desmayo, se le diagnosticó una hemorragia por ruptura de aneurisma, iniciando un proceso de incapacidad temporal, calificando el Tribunal que derivaba de accidente de trabajo.

Por su parte, no se considera tiempo de trabajo la actividad que se realiza en el vestuario⁵³⁶, así en el supuesto del trabajador con antecedentes de riesgo vascular cardiaco, que había padecido pericarditis, sus padres padecían cardiopatías isquémicas, su hermano había fallecido a consecuencia de un infarto, además el trabajador consumía treinta cigarrillos al día, padecía hipertensión, colesterol, y estando en el vestuario este trabajador antes de iniciar la actividad laboral padece un infarto, en este supuesto no se considera accidente de trabajo, manifestando la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de diciembre de 2005 (recurso núm. 1945/2004) si bien admite que “el hecho de haber tenido lugar en los vestuarios del centro, no impide la consideración del hecho, de acreditarse el resto de las circunstancias, como accidente de

⁵³⁶ Vid. BASTERRA HERNANDEZ, M.: *Tiempo de trabajo y tiempo de descanso*. Valencia 2017. Editorial Tirant lo Blanch; ARAGÓN GOMEZ, C.: “La compleja delimitación del concepto tiempo de trabajo y la aportación que, al respecto, ha realizado el Tribunal de Justicia de la Unión Europea”, en Revista de Información Laboral núm. 9-2018. BIB 2018/12748.

trabajo”, pero finalmente establece que “No basta entonces para que actúe la presunción de laboralidad prevista en aquél precepto (artículo 156.3 LGSS) con que el trabajador se halle en los vestuarios de la empresa cuando ocurre el episodio, que es lugar de trabajo a estos efectos, o en la obra (en la sentencia de contraste), sino que el término legal «tiempo de trabajo» contiene una significación más concreta, equivalente a la del artículo 34.5 ET referida a la necesidad de que el operario se encuentre en su puesto de trabajo, en el que se presume que se ha comenzado a realizar algún tipo de actividad o esfuerzo –físico o intelectual– que determina una más fácil vinculación del acaecimiento con el trabajo y por ello opera la presunción analizada”.

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo 14 de julio 2006 (recurso núm. 1945/2004) en este caso el trabajador se sintió indispuesto en los vestuarios del centro de trabajo y no se incorporo al puesto de trabajo, “para determinar si juega la presunción de laboralidad en los que el trabajador sufrió un infarto de miocardio en el lugar (vestuarios) pero no en el tiempo de trabajo”, “la enfermedad acaecida en esas circunstancias, fuera del tiempo de trabajo, al contrario que el accidente propiamente dicho, necesita de la acreditación de un nexo de causalidad que conecte el episodio mórbido con el trabajo, lo que no se produjo”⁵³⁷.

Incluso tampoco considera el Tribunal Supremo en la Sentencia 25 de enero 2007 (recurso 3641/2005), que es accidente de trabajo el ictus cerebral que padece el trabajador cuando se encuentra cambiándose de ropa en la misma obra para empezar a trabajar, considera el Tribunal que “se produjo en

⁵³⁷ En el mismo sentido Sentencia del Tribunal Supremo 14 de marzo 2012 (recurso núm. 494/2011).”Para que opere el elemento temporal, es decir que la acción suceda en el tiempo de trabajo, entendiendo el significado de tiempo de trabajo el equivalente al artículo 34.5 del Estatuto de los Trabajadores, que el trabajador se encuentre en su puesto de trabajo, que se presume que ha comenzado a realizar algún tipo de actividad”.

el lugar pero no durante la ejecución de la prestación laboral sino antes de iniciarla”.

En cambio si se ha considerado accidente de trabajo la lesión que sufrió el trabajador, un infarto en los vestuarios diez minutos después de finalizada la jornada laboral, no se aplicaría la presunción de laboralidad del artículo 156.3 LGSS, pero si se aplica el artículo 156.1 LGSS “desde el momento que consta que la lesión que sufrió el trabajador se produjo a consecuencia de la actividad laboral desarrollada”, hay una relación de causalidad, el trabajador realizaba funciones de pintor especialista corriendo andamios, pintando naves bajo un techo de uralita, bajo un intenso calor y en condiciones agotadoras, Sentencia del Tribunal Supremo 20 de noviembre 2006 (recurso núm. 3387/2005).

Con la Sentencia del Tribunal Supremo 4 de octubre 2012 (recurso núm. 3402/2011) cambió la línea que había seguido, según describe también SANCHEZ PEREZ⁵³⁸, se considera accidente de trabajo al deducir que es tiempo de trabajo aquel en el que el trabajador no se encuentra prestando servicios en sentido literal pero se encuentra realizando una serie de actividades preparatorias que son necesarias para la realización del trabajo, “presunción de existencia de trabajo porque concurren las siguientes circunstancias: 1) el trabajador ya ha fichado cuando se produce el infarto; 2) el trabajador esta proviniéndose, obligatoriamente del equipo de protección individual, obligación establecida en el convenio colectivo, hay que tener en cuenta que el plus de puntualidad solo se percibe si se realizan previamente estas tareas antes de incorporarse al puesto de trabajo”.

Tampoco impide la calificación de accidente de trabajo, como expresa PEREZ ALONSO⁵³⁹, cuando se produce la muerte del trabajador en el lugar de

⁵³⁸ SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo*, ob. cit. pág. 253.

⁵³⁹ PEREZ ALONSO, M. A.: “Las distintas formas de accidente de trabajo”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 45.

trabajo, pero no en la jornada de trabajo, tal es el sentido de Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de enero 2014 (recurso núm. 3179/2012), el trabajador como residía a 30 KMs del lugar de trabajo había solicitado autorización para quedarse en el lugar de trabajo hasta el inicio de la jornada de tarde, en este periodo de descanso del medio día, y cuando se disponía a iniciar nuevamente la jornada se produce la muerte del trabajador, el Tribunal califica de accidente de trabajo al no apreciarse imprudencia temeraria. Y la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de octubre 2014 (recurso núm. 3138/2013) que aplica la presunción de accidente de trabajo la hemorragia cerebral que padece el trabajador durante el descanso para comer.

Con posterioridad, la Sentencia del Tribunal Supremo 19 de mayo 2015 (recurso núm. 3002/2013), en relación al vigilante de seguridad que padece un ictus cerebral en los vestuarios, “el trabajador no se encontraba en los vestuarios simplemente para cambiarse de ropa sino para proveerse de los EPIS (equipos de protección individual) que estaban en el vestuario y que tenía obligatoriamente que ponerse antes de su incorporación al puesto de trabajo, obligación establecida en el artículo el Convenio Colectivo. Por lo tanto, el tiempo pasado en el vestuario para proveerse, como era su obligación, de los EPIS antes de incorporarse al puesto de trabajo era al imprescindible so pena de perder el plus de puntualidad” en estos supuestos el Tribunal Supremo al aplicar el artículo 34.5 del Estatuto de los Trabajadores debe ser matizado, permitiendo hacer jugar la presunción de laboralidad del accidente establecida en el artículo 156.3 LGSS. El trabajador tiene que “proveerse de los equipos de protección individual- se trata del empleo de un cierto tiempo en el cumplimiento de una obligación que es ineludible para el trabajador siendo ésta la razón por la que debe considerarse tiempo de trabajo a los efectos de su remuneración (que en el caso de autos se plasma en la obtención de un plus de puntualidad)”. Con esta solución no se trata de alterar la doctrina sino de

matizarla en atención a determinadas circunstancias relevantes que concurren en el caso.

Por otra parte no se ha considerado accidente de trabajo el infarto de miocardio padecido por el trabajador cuando se encontraba en el vestuario poniéndose de ropa de trabajo, el trabajador se sintió mal sin que hubiera comenzado su jornada laboral, concluye el Tribunal que no puede aplicarse la presunción del artículo 156.3 LGSS, y como no existe prueba de que estuviera realizando algún esfuerzo especial relacionado con su actividad sino que se encontraba vistiéndose con la ropa especial que necesitaba para trabajar a bajas temperaturas, no se aprecia el nexo causal necesario para que pueda calificarse la crisis cardíaca sufrida como accidente de trabajo, en este sentido califica la Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 4 de mayo 2017 (recurso núm. 6409/2016).

5.4.1.2. Enfermedades cardiovasculares, hemorragias cerebrales, fuera de tiempo y lugar de trabajo.

Esta situación es la que más obstáculos ha presentado para calificarla como accidente de trabajo, como expresa MARTINEZ BARROSO⁵⁴⁰. Para intentar justificar que se ha producido, la jurisprudencia, como expresa GARCIA ORTEGA⁵⁴¹, ha realizado una búsqueda de algún dato adicional que aumentase el riesgo que cualquier trabajo conlleva, pero que estuviese vinculado de una manera íntima con el trabajo, así se ha podido establecer una conexión trabajo-infarto en hechos como una fuerte excitación nerviosa consecuencia de una discusión violenta en el trabajo.

Por su parte, y ante las situaciones contradictorias que pueden producirse como confirma la doctrina y ante la inseguridad jurídica que genera, según

⁵⁴⁰ MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*. ob. cit. pág. 135.

⁵⁴¹ GARCIA ORTEGA, J.: "El accidente de trabajo. (Actualidad de un concepto centenario)", en *Tribuna Social*, núm. 109-2000.pág. 35.

expresa SANCHEZ PEREZ⁵⁴², por cuanto un infarto padecido cinco minutos antes de finalizar la jornada de trabajo se presume laboral y en cambio si el trabajador lo padece cinco minutos después de finalizar no se aplica esta presunción, por lo que la doctrina ofrece una serie de criterios que se valoraran cuando confluyan múltiples circunstancias, siendo estas las siguientes:

1ª) si no existe asistencia sanitaria durante la jornada de trabajo se considera que no es laboral la patología, aunque tuvo síntomas en la jornada de trabajo pero no acudió a la asistencia médica, en este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo 25 de noviembre 2002 (recurso núm. 235/2002). No obstante la Sentencia del Tribunal Supremo 8 de marzo 2005 (recurso núm. 4330/2003) manifiesta que puede calificarse como accidente de trabajo cuando los síntomas del infarto se producen dentro de la jornada laboral pero se produce fuera del lugar y tiempo de trabajo.

2ª) A partir de la Sentencia del Tribunal Supremo 14 de abril 2005 (recurso núm. 1850/2004) cuando un proceso de incapacidad temporal se inicie por una determinada contingencia y finalice, sin solución de continuidad, en una situación de incapacidad permanente se ha de continuar con el mismo sentido que tuvo la contingencia inicial.

3ª) Si el infarto se produce en el domicilio del trabajador la carga de la prueba la tendrá el trabajador y además deberá demostrar la conexión entre el mal sobrevenido y la ejecución del trabajo, en éste sentido se manifiesta la Sentencia del Tribunal Supremo 28 de septiembre 2000 (recurso núm. 3690/99); de otro lado, el hecho de que el trabajador esté localizado y a disposición de la empresa no supone que exista actividad laboral, y por tanto no se considera tiempo de trabajo a efectos de la presunción del artículo 156.3

⁵⁴² SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo*, ob. cit. pág. 260.

LGSS, según la Sentencia del Tribunal Supremo 9 de diciembre 2003 (recurso núm. 2358/2002).

5.4.1.2.1. Enfermedades cardiovasculares, hemorragias cerebrales, “in itinere”.

En el trayecto del domicilio al trabajo y de este al domicilio estas enfermedades en principio no gozan de la presunción de laboralidad, como expresa GONZALEZ ORTEGA⁵⁴³, y según jurisprudencia “solo se estima que existe accidente laboral cuando hay relación causa efecto entre el trabajo efectuado y la lesión”, Sentencia del Tribunal Supremo 10 de noviembre 1981; y en la Sentencia del Tribunal Supremo 30 de junio 2004 (recurso núm. 4211/2003) “la asimilación al accidente de trabajo sufrido “in itinere” se limita a los accidentes en sentido estricto, esto es, a las lesiones súbitas y violentas producidas por un agente externo y no a dolencias o procesos morbosos de distinta etiología.

Por su parte, para estas enfermedades que se manifiestan en el trayecto de ir del domicilio al trabajo o de regreso, como expresa SANCHEZ PEREZ⁵⁴⁴, se subordina a que se acredite una relación causal con el trabajo. Este sentido es el seguido en la actualidad, y hay que realizar una prueba adecuada mediante la que se aprecie que existe una causalidad entre el infarto y el trabajo realizado.

5.4.1.2.2. Enfermedades cardiovasculares, hemorragias cerebrales, “en misión”.

Si bien el accidente en misión constituye un accidente de trabajo por sí mismo, como precisa TOSCANI GIMÉNEZ⁵⁴⁵, sin necesidad de ampliación

⁵⁴³ GONZALEZ ORTEGA, S.: “Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia”, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 39

⁵⁴⁴ SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo*, ob. cit. pág. 262.

⁵⁴⁵ TOSCANI GIMÉNEZ, D.: “El concepto jurisprudencial de accidente en misión”, en *Capital Humano*, núm. 227-2008. pág. 126.

alguna, por cuanto son accidentes laborales puros y simples, ocurren durante el tiempo y lugar de trabajo y con ocasión o consecuencia de la prestación por cuenta ajena.

En los trabajos en misión el tiempo que se destina al desplazamiento también se considera como de trabajo, pero el problema surge, según expresa SANCHEZ PEREZ⁵⁴⁶, cómo se calificara las enfermedades, (cardiovasculares, hemorragias cerebrales), que padezca el trabajador que se encuentra desplazado de su domicilio habitual pero ocurre en tiempo que no es de trabajo.

En la Sentencia del Tribunal Supremo 10 de febrero 1983 (RJ 580), no se considera accidente de trabajo en misión al fallecimiento del trabajador desplazado en Nigeria por asfixia por inmersión, que en su día de descanso se fue a la playa.

La jurisprudencia ha ido evolucionando, así en la Sentencia del Tribunal Supremo 6 de mayo 1987 (RJ 3257), el trabajador ingeniero de HUNOSA, es desplazado a otra provincia para comprobar el comportamiento de explosivos, y tras finalizar su jornada de trabajo inicia su regreso pero tiene que pernoctar en un hostel, sufriendo tras la cena un infarto, estimando el Tribunal que no se rompe el nexo causal y por tanto califica como accidente de trabajo el infarto. En el mismo sentido califica la Sentencia del Tribunal Supremo 4 de mayo 1998 (recurso núm. 932/1997), en este caso el trabajador padece un accidente cerebro vascular cuando iba en la cabina pero conducía el otro conductor, se califica como accidente de trabajo “se amplía la presunción de laboralidad a todo el tiempo en que el trabajador aparece sometido a las decisiones de la empresa, incluso sobre su alojamiento”.

⁵⁴⁶ SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo*. ob. cit. pág. 263.

En la Sentencia del Tribunal Supremo 24 de septiembre 2001 (recurso núm. 3414/2000) se califica como accidente de trabajo en misión el infarto de miocardio que padece el trabajador conductor de autobuses cuando se encontraba en un hotel en Londres, su trabajo era itinerante haciendo rutas por Europa, además si la empresa durante el viaje modificaba los horarios o rutas el trabajador tenía que acomodarse a ellos, de ahí que se debe considerar que “no hay circunstancias que rompan el vínculo entre la situación originada por la prestación de los servicios y dicho daño”.

La noción de accidente de trabajo en misión es matizada en la Sentencia del Tribunal Supremo 6 de marzo 2007 (recurso núm. 3415/2005), según expresa SANCHEZ PEREZ⁵⁴⁷, como una modalidad específica del accidente de trabajo, la misión comprende dos elementos relacionados con la prestación de servicios del trabajador, por una parte el desplazamiento para cumplir la misión, que también se protege porque puede ser determinante de la lesión; y por otra parte la realización del trabajo. En este supuesto el trabajador, transportista, padece un infarto cuando se encontraba en el hotel durmiendo, estamos ante una actividad de transporte, donde hay un desplazamiento permanente y “no se produce el desdoblamiento entre trabajo y desplazamiento, que es propio de la misión” por lo que aplicando la norma del transporte por carretera la lesión no se ha producido ni en tiempo ni lugar de trabajo, estableciéndose que no es accidente de trabajo.

Tampoco considera accidente de trabajo la Sentencia del Tribunal Supremo 8 de octubre 2009 (recurso núm. 1871/2008) el infarto que padece el trabajador viajante en viaje de negocios en Marrakech, en el trascurso de descanso nocturno.

⁵⁴⁷ SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo*. ob. cit. pág. 264.

En cambio se aplica la presunción de laboralidad al derrame cerebral que padece el trabajador, con categoría de conductor, en la parada que realiza para tomar café, considerando tiempo de presencia el RD 1561/1995 de 21 de septiembre "aquél en el que el trabajador se encuentre a disposición del empresario sin prestar servicio efectivo, por razones de comidas en ruta u otras similares". En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo 19 de julio 2010 (recurso núm. 2698/2009) se aplica la presunción de existencia de accidente de trabajo al derramen cerebral que le sobrevino al trabajador, conductor, durante una parada para tomar café, sufrió una hemorragia mientras realizaba su trabajo habitual, pero le sucedió mientras tomaba café en el área de servicio, este tiempo es considerado como horas de presencia en el conductor de camión. La Sentencia del Tribunal Supremo 22 de julio 2010 (recurso núm. 4049/2009) considera que también es accidente de trabajo la isquemia miocardiaca-arritmia cardiaca asistolia (muerte súbita) sufrida por un conductor de un camión mientras pernoctaba en el interior del vehículo con la intención además de descansar, de vigilancia tanto del vehículo de presencia, como de la mercancía, al encontrarse en un lapso temporal, por cuanto no presta trabajo efectivo de conducción, se está realizando un servicio de guardia y vigilancia dentro del camión, por lo que no se desvirtúa el nexo causal necesario.

Por otra parte, la Sentencia del Tribunal Supremo 20 de abril 2015 (recurso 1487/2014) no considera accidente de trabajo el infarto que sufre el trabajador, interventor de RENFE, que sucede en la habitación del hotel cuando se encontraba descansando después de finalizada su jornada laboral para reiniciar el trabajo al día siguiente, según expresa SANCHEZ PEREZ⁵⁴⁸, sí que se dan situaciones donde se excluye la calificación de accidente de trabajo al infarto padecido en tiempo de descanso.

⁵⁴⁸ SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo*. ob. cit. pág. 266.

La misma solución se produce en la Sentencia del Tribunal Supremo 7 de febrero 2017 (recurso núm. 536/2015), según expresa BLASCO LAHOZ⁵⁴⁹, en este supuesto el trabajador se encontraba en horas de descanso y en la habitación del hotel cuando le sobreviene una crisis cardiaca y encontrándose indispuerto no acude a trabajar, no actúa la presunción a favor de accidente laboral, y tampoco consta que exista alguna conexión entre el trabajo realizado por el trabajador y la enfermedad que causo la muerte, ni que el trabajo sea la causa de la misma.

Por otra parte si existe presunción de laboralidad, según expresa BLASCO LAHOZ⁵⁵⁰, se considera accidente de trabajo en misión, según establece la Sentencia del Tribunal Supremo 1 de diciembre 2017 (recurso núm. 3892/2015) en el caso de la trabajadora, tripulante de cabina de pasajeros, que se encuentra desplazada en misión, y sufre un infarto cuando se encontraba en el parking del aeropuerto de la base operativa a la que había sido desplazado temporalmente, para dirigirse al hotel donde se hospedaba.

5.4.2. Enfermedades que se agravan por un accidente de trabajo, derivadas de esfuerzo.

5.4.2.1. Enfermedades padecidas con anterioridad que se agravan por un accidente de trabajo, derivadas de esfuerzo: enfermedades de trabajo musculoesqueléticas.

Las dolencias que se agravan a consecuencia de un accidente de trabajo, como en el resto de las enfermedades del trabajo, existe la dificultad para encuadrar las lesiones sufridas por el trabajador y por tanto, para poderlas

⁵⁴⁹ BLASCO LAHOZ, J.F.: "Acción protectora de la Seguridad Social(I): contingencias protegidas", en *Seguridad Social*. Valencia 2018. Editorial Tirant lo Blanch, 5ª Edición. pág. 397.

⁵⁵⁰ BLASCO LAHOZ, J.F.: "Acción protectora de la Seguridad Social(I): contingencias protegidas", en *Seguridad Social*. Valencia 2018. Editorial Tirant lo Blanch, 5ª Edición. pág. 390.

considerar como contingencias profesionales, se deberá de partir del artículo 156 LGSS, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁵⁵¹. Además, la dificultad aumenta al establecer normas de presunción y ampliación constitutiva, para conducirnos a un concepto de accidente de trabajo más flexible, que comprenda no solo los acontecimientos súbitos y violentos con repercusiones lesivas para el trabajador, son enfermedades que tienen, de una manera más o menos directa, algún tipo de conexión con el trabajo, siendo la jurisprudencia quien ha ido perfilando el concepto.

Un número considerable de dolencias que se agravan como consecuencia de un accidente de trabajo, como expresa MARTINEZ BARROSO⁵⁵², son enfermedades degenerativas, en concreto la lumbalgia de esfuerzo, más conocida como tirón muscular, que está provocada por la actividad que se realiza, y que empeora la patología que ya existe de artrosis, o también puede darse que se agraven las dolencias de la columna vertebral previas.

Las enfermedades degenerativas de la columna vertebral, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁵⁵³, suponen uno de los principales problemas a nivel clínico de la sociedad moderna, porque repercute de manera económica en las organizaciones debido a los costes que genera la falta de asistencia laboral, y por tanto, la disminución de la productividad, motivo por el cual y debido al número considerable de los procesos degenerativos de la raquis lumbar las Mutuas aseguradoras se resisten a considerarlas accidente de trabajo.

⁵⁵¹ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "Ampliación del concepto de accidente de trabajo en caso de enfermedades previas agravadas", en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 9/2014. BIB 2014/72.

⁵⁵² MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*, ob.cit. pág. 182.

⁵⁵³ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "Ampliación del concepto de accidente de trabajo en caso de enfermedades previas agravadas", en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 9/2014. BIB 2014/72.

5.4.2.1.1. Enfermedades padecidas con anterioridad que se agravan por un accidente de trabajo, derivadas de esfuerzo: musculoesqueléticas. Artículo 156.2.f) LGSS.

En un primer momento era frecuente, como expresa MARTINEZ BARROSO⁵⁵⁴, los pronunciamientos judiciales que comprendían estas enfermedades y los englobaban dentro del concepto general de enfermedad del trabajo establecido en el artículo 156.2.f) LGSS, que sería en mi opinión encuadrable en la denominación, como expresa GONZALEZ ORTEGA⁵⁵⁵, asimilación particular específica, “las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente”, en este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de justicia de Andalucía, Granada, 29 de octubre 1996 (recurso núm. 1410/1994), estudia el caso de un trabajador cuando prestaba servicios en la empresa manejando piezas de peso, sufrió un dolor fuerte y súbito en el pecho y en la espalda que le obligó a dejar la tarea y acudir al servicio de urgencias de la Seguridad Social diagnosticándole una posible enfermedad reumática, lumbalgia, dándole la baja por enfermedad común, si bien el trabajador padecía la enfermedad con anterioridad al accidente, pero se manifestó al efectuar un esfuerzo durante su trabajo, por lo que el Tribunal considera que debe calificarse de accidente laboral.

Por su parte, para calificar como accidente de trabajo estas enfermedades, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁵⁵⁶, es necesaria la conexión entre la lesión que padece el trabajador y el ejercicio de su trabajo, como establece la Sentencia del Tribunal Supremo 25 de noviembre 1992 (recurso núm. 2669/1991), bien por consecuencia, bien con ocasión del mismo,

⁵⁵⁴ MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*, ob.cit. pág. 182.

⁵⁵⁵ GONZALEZ ORTEGA, S.: “Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia”. En *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 35.

⁵⁵⁶ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “Ampliación del concepto de accidente de trabajo en caso de enfermedades previas agravadas”, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 9/2014. BIB 2014/72.

condiciones que van a dificultar para demostrar la relación de causalidad, porque se trata de procesos patológicos que evolucionan en un tiempo que extiende y que pueden repercutir factores de diversa naturaleza, por lo que, en muchas ocasiones, resulta difícil si está afectado por la actividad laboral, en concreto en las enfermedades o defectos que se agravan por un accidente de trabajo del artículo 156.2.f LGSS resulta necesario demostrar que la actividad laboral influye en que aparezca o se agrave una patología.

Por otra parte, debe probarse, como expresa MARTINEZ BARROSO⁵⁵⁷, la conexión entre la reanudación de las dolencias que ha padecido el trabajador con anterioridad al accidente de trabajo y la prestación del trabajo. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de País Vasco 17 de mayo 1996 (recurso núm.1132/1995), recoge el supuesto de un trabajador que padecía con anterioridad al accidente de trabajo una dolencia en la columna lumbar, “la prestación laboral puede activar la dolencia si el mal se manifiesta durante la prestación laboral y existe conexión anatómica y cronológica entre las recaídas posteriores. Sin embargo, si esa conexión se rompe o aparece nuevamente la dolencia absolutamente desvinculada de la realización del trabajo, estaremos en presencia de una manifestación de la enfermedad que el trabajador padecía antes del primer accidente, por lo que si no se demuestra la relación entre esa reaparición y el trabajo del interesado, la incapacidad se encuadra en el concepto de enfermedad común”⁵⁵⁸.

En otros supuestos, como establece la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 30 de mayo 1997 (AS 1997/2241), “el traumatismo actúa como elemento desencadenante de la enfermedad o defecto padecido por el trabajador, agudizándolo o sacándolo de su estado latente, lo importante es que la exteriorización o efecto desencadenante de la dolencia fue provocado

⁵⁵⁷ MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*, ob.cit. pág. 184.

⁵⁵⁸ En el mismo sentido Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Galicia 13 de junio 1996; Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Canarias, Santa Cruz de Tenerife 20 de julio 1994.

por el accidente de trabajo”.

Incluso en el supuesto de que la Mutua hubiese dado el alta por curación y el trabajador acude al centro de salud y le dan de nuevo la baja se considera que es por accidente de trabajo, en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León, Burgos, 20 de marzo 2000, (recurso núm. 95/2000), el trabajador sufrió un accidente de trabajo el 15 de agosto 1997 al empujar una bobina, sufriendo un sobreesfuerzo en la espalda que le diagnosticaron de lumbago, permaneciendo en situación de incapacidad temporal derivada de accidente de trabajo hasta el 11 de noviembre 1997 a la mutua le dio el alta por curación, pero el trabajador no se encontraba bien por lo que acude al centro de Salud dándole la baja por la misma dolencia hasta el 28 de noviembre de 1998, pero por enfermedad común, reconociéndosele este periodo por el Tribunal la consideración de contingencia profesional derivada de accidente de trabajo, “es una enfermedad de etiología común, la lumbociática, que venía siendo padecida por el trabajador desde 1992, se ve afectada por un accidente de trabajo que opera como causa concurrente y desencadenante de un proceso de incapacidad temporal iniciada cuando el trabajador realiza un sobreesfuerzo en la espalda y se le desencadena un lumbago. Y, en consecuencia, todo el periodo al que se extiende dicha incapacidad temporal, hasta el 27 de noviembre 1998, deriva de accidente de trabajo”.

Ha sido la jurisprudencia quien ha extendido de manera flexible y humanizadora el concepto de accidente de trabajo, como establece la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria 8 de octubre 2003 (recurso núm. 482/2003) y realizando una admirable tarea de aplicación normativa a supuestos que tal calificación distaba de ser clara.

Por otra parte, como establece la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 23 de octubre 2006 (recurso núm. 375/2002) el artículo

156.2.f LGSS “no está dejando opción alguna a los profesionales médicos para que determinen si una lesión es o no, desde el punto de vista jurídico, consecuencia de un accidente, sino que establece una presunción legal “iuris et de iure” que nos obliga a considerar las lesiones preexistentes agravadas por el accidente como derivadas del mismo, con independencia que desde el punto de vista médico pudiera hipotéticamente separarse lo preexistente de su agravación, e incluso curar esta misma, las lesiones preexistentes que son accidente de trabajo por mandato legal”.

En esta misma línea, los Tribunales realizan una interpretación de manera amplia del término “padecidos”, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁵⁵⁹, para poder englobar no solo los procesos patológicos que ya se han puesto en evidencia y son conocidos por el trabajador, pero que aun no afectan a su capacidad de trabajar⁵⁶⁰, cuando se agravan y endurecen, sino que también engloba a las enfermedades que hasta entonces han permanecido latentes, por cuanto el trabajador no las conocía y que es el accidente quien las origina, las exterioriza por primera vez y conducen a la incapacidad del trabajador, como establece la Sentencia del Tribunal Supremo 25 de enero 2006 (284/2004). De este modo, lo relevante no es que el accidente ponga de manifiesto una enfermedad clínica, sino que se produzca una agravación de manera cualitativa que determine un nuevo estado patológico, como es la incapacidad del trabajador que hasta ese momento no se hallaba. Por tanto, como expresa GARCIA ORTEGA⁵⁶¹, la lesión no es el agente causal único sino un factor colaborador en la producción del resultado lesivo.

⁵⁵⁹ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “Ampliación del concepto de accidente de trabajo en caso de enfermedades previas agravadas”, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 9/2014. BIB 2014/72.

⁵⁶⁰ Como establece la Sentencia del Tribunal Supremo 7 de marzo 1987.

⁵⁶¹ GARCIA ORTEGA, J.: “El accidente de trabajo (Actualidad de un concepto centenario)”, en *Tribuna Social* núm. 109/2000.

Por su parte, el Tribunal Supremo califica la lesión lumbar como un accidente de trabajo cuando se trata de la recaída en la lesión, que padece un obrero, y que agravó el accidente conforme al artículo 156.2.f LGSS. En este caso, el obrero de la construcción, sufrió un tirón en la zona lumbar mientras trabajaba el 4 de marzo 2010, motivando su baja laboral por accidente laboral hasta el 21 mayo 2010, la misma dolencia motivó nuevas bajas laborales el 26 de mayo, 7 de junio, 11 de agosto, todas por la misma causa al realizar esfuerzos en el trabajo que originaron la recaída en esa patología. Por resolución administrativa 12 mayo 2011 se declara que el trabajador no está afecto de incapacidad permanente, siendo impugnada por vía jurisdiccional, siendo declarada en instancia la situación de incapacidad permanente total derivada de accidente laboral, siendo recurrida en suplicación por la Mutua demandada, declarando la sentencia en suplicación que la incapacidad permanente del actor deriva de enfermedad común, interponiendo recurso de casación el trabajador. Por su parte, en la Sentencia del Tribunal Supremo 3 de julio 2013 (recurso núm. 1899/2012) se establece que “nos encontramos ante una patología previa que se agravó estando el trabajador en el centro de trabajo desempeñando su labor y con ocasión de realizar un esfuerzo, lo que hace que el suceso deba considerarse accidente laboral, conforme al artículo 156.2.f)⁵⁶². Las bajas sucesivas, a partir de la 4 de marzo 2010, demuestra que el trabajador no llegó a curarse de la patología incapacitante, porque recayó en los mismos síntomas que presentó al principio. En este sentido, “al hablar de recaída hay que recordar la doctrina de esta Sala sobre las recaídas y la protección a otorgar a ellas, sobre todo si se producen durante los seis meses siguientes a la primera baja⁵⁶³. Así pues como no consta que se hubiese diagnosticado antes, ni que hubiese provocado bajas laborales con

⁵⁶² Vid. En igual sentido la STS de 27 de octubre 1992 (recurso núm. 1901/1991) y STS de 23 de febrero 2010 (recurso núm. 2348/2009).

⁵⁶³ Vid. STS de 5 de julio 2000 (recurso núm. 4415/1999).

anterioridad, hay que concluir que el proceso morboso estaba silente y fue el accidente de 4 de marzo de 2010 el que lo agravó y provocó que sus efectos incapacitantes saliesen a la luz y provocaran sucesivas bajas laborales a partir de ese día. Por tanto, la recaída en la lesión que agravó el accidente merece el calificativo de accidente laboral, conforme al artículo 156.2.f) LGSS.

5.4.2.1.2. Enfermedades intercurrentes consecuencias, complicaciones de un accidente de trabajo, derivadas de esfuerzo: musculoesqueléticas. Artículo 156.2.g LGSS.

En este supuesto se encuentran las enfermedades intercurrentes, el artículo 156.2.g) LGSS, referido a la asimilación particular específica, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁵⁶⁴, se necesita que el desarrollo y los efectos del accidente de trabajo se vean modificados por las dolencias que se hayan generado como consecuencia del accidente o con posterioridad al accidente.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura 4 de julio 2003 (recurso núm. 409/2003) en relación a un supuesto de un trabajador de la construcción que sufrió un accidente laboral el 16 de mayo 2000 con diagnóstico de hombro derecho, dado de alta el 31 de julio, el 17 de agosto sufrió un dolor en el cuello causando baja, resolviendo el INSS que la baja deriva de contingencia laboral, no estando de acuerdo la Mutua, porque considera que se ha aplicado de manera incorrecta el artículo 156.2.g) LGSS, solicitando que se declare que la baja deriva de contingencia común, si bien la sentencia de instancia confirma que la baja deriva de contingencia laborales, pero en la resolución del recurso el Tribunal establece que el artículo 156.2.g) LGSS es inverso al 156.2.f), ya que la enfermedad o defecto al que se refiere es posterior al aludido accidente laboral. Pero, en cualquier caso, ha de existir

⁵⁶⁴ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "Ampliación del concepto de accidente de trabajo en caso de enfermedades previas agravadas", en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 9/2014. BIB 2014/72.

un accidente de trabajo que produzca una dolencia distinta a la enfermedad común –anterior o posterior- que ha de calificar a ésta como accidente laboral. El apartado g) contempla los accidentes complicados con enfermedades intercurrentes, supuesto en el que la concausalidad con factores sobrevenidos surge en base a una lesión posterior que agrava la derivada del accidente. Aunque, en este caso, se admite el recurso interpuesto por la Mutua y considera que la invalidez permanente deriva de contingencia común, pero considera la Sala que el artículo 156.2.g) exige que el accidente sea determinante de una serie causal unitaria (accidente-enfermedad intercurrente-lesión); pero también reconoce que la jurisprudencia ha aceptado de manera flexible esta exigencia, como las Sentencias del Tribunal Supremo 27 de septiembre 1970 y 27 de diciembre 1971.

En este sentido, establece la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria de 8 de octubre 2003 (recurso núm. 482/2003) “el apartado g), es inverso al anterior, ya que la enfermedad o defecto al que se refiere es de fecha posterior al aludido accidente laboral, pero en cualquier caso ha de existir un accidente de trabajo distinto a la dolencia común”.

5.4.2.1.3. Lesiones que sufra el trabajador en tiempo y lugar de trabajo, derivadas de esfuerzo, lesiones musculoesqueléticas. Artículo 156.3. LGSS.

Junto a las enfermedades del trabajo padecidas con anterioridad que se agravan y las enfermedades del trabajo intercurrentes, ambas derivadas de esfuerzos, hay una aceptación por parte de la jurisprudencia, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁵⁶⁵, donde se admite la aplicación de la presunción que se establece en el artículo 156.3 LGSS a las situaciones que se contemplan en el artículo 156.2.f) LGSS, considerando que se cumple la conexión causal

⁵⁶⁵ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “Ampliación del concepto de accidente de trabajo en caso de enfermedades previas agravadas”, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 9/2014. BIB 2014/72.

entre accidente y enfermedad previa cuando se producen las modificaciones de los procesos vitales que se manifiestan en tiempo y lugar de trabajo, a menos que exista prueba evidente de que se produzca la ruptura de la presunción, produciéndose la ruptura cuando por la naturaleza de las enfermedades se descarte el origen laboral, o también cuando se demuestre que hay hechos que rompen el nexo causal lesión-trabajo, así lo reconoce la Sentencia del Tribunal Supremo 27 de febrero 2008 (recurso núm. 2716/2006), en este caso el trabajador prestaba servicio en el ayuntamiento de Ciudad Real, en su jornada laboral sufrió una crisis comicial⁵⁶⁶ que le produjo una brusca caída provocándole un traumatismo craneo encefálico, como consecuencia falleció a la semana, el trabajador padecía epilepsia, en la Sentencia se excluye la laboralidad de la crisis epiléptica, por cuanto se trata de una dolencia que por su propia naturaleza excluye la etiología laboral, si se aceptase la laboralidad del suceso epiléptico supondría “desnaturalizar el concepto de accidente de trabajo”. Pero, en cuanto a la vinculación causal del traumatismo craneo encefálico con el trabajo no hay ninguna duda, “para justificar la exclusión del accidente de trabajo es necesario demostrar que el traumatismo se hubiera producido igualmente en marco diverso al trabajo”, de este modo, concluye el tribunal que el trabajador no se hubiera caído si no hubiese estado trabajando, con lo que el tiempo y lugar de trabajo resulta ser evidente condición del resultado, por lo que debe calificarse como enfermedad de trabajo el fallecimiento del trabajador, aunque la causa eficiente, la crisis epiléptica, es enfermedad común, de la que deriva la causa material que es la caída y el traumatismo craneo que lleva a la muerte, por tanto considera el Tribunal que está acreditada la prueba en contrario que requiere el artículo 156.3 LGSS⁵⁶⁷.

⁵⁶⁶ Crisis comicial, más conocida crisis epiléptica.

⁵⁶⁷ En el mismo sentido Sentencias del Tribunal Supremo 18 de junio 1997; 12 de julio y 23 de noviembre 1999.

Por su parte, GONZALEZ ORTEGA⁵⁶⁸ establece una matización en relación a la aplicación a las enfermedades del artículo 156.3 LGSS, es normal que se exija la aplicación del lugar y tiempo solo a los supuestos donde se desarrolle patologías en las que en su evolución sufran alguna crisis o alteración de manera puntual que consientan colocar en tiempo y lugar de trabajo tales episodios, independientemente que la enfermedad exista con anterioridad, porque la misma no tiene espacio ni lugar, existe siempre.

En relación a la patología lumbar que se agrava a consecuencia de un tirón en el ejercicio de su trabajo y la recaída en la lesión padecida tienen la consideración de accidente de trabajo, así la Sentencia del Tribunal Supremo 3 de julio 2013 (recurso 1899/2012) considera aplicable la presunción del artículo 156.3 a las enfermedades previstas en el artículo 156.2.f) LGSS. Como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁵⁶⁹, califica la enfermedad como accidente de trabajo porque el evento que desencadenó y agravó la enfermedad que ya existía sucedió durante el tiempo y en lugar de trabajo, no pudiéndose acreditar que se trate de una enfermedad degenerativa, que por su propia naturaleza descarte la etiología laboral, es decir con anterioridad al accidente no había ninguna situación, ajena al mismo, para entender que la enfermedad seguía la evolución propia, es a continuación del accidente laboral cuando comienza a manifestarse como incapacitante.

Por su parte, la doctrina judicial de los Tribunales de Justicia Superiores no ha sido pacífica, así el trabajador que realizando tareas de esfuerzo físicos previos en la realización de su trabajo el 27 de abril 2015 es desplazado para colocar 1000 tubos de alrededor de 30 kilos cada uno, teniendo que levantar

⁵⁶⁸ GONZALEZ ORTEGA, S.: “A vueltas con el concepto de accidente de trabajo, en el supuesto de enfermedades comunes manifestadas en tiempo y lugar de trabajo”, en *Aranzadi Social* núm. 5-2008. BIB 2008/990.

⁵⁶⁹ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “Ampliación del concepto de accidente de trabajo en caso de enfermedades previas agravadas”, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 9/2014. BIB 2014/72.

los brazos, con independencia de que existiera patología degenerativa previa, y se agrava a consecuencia del esfuerzo laboral realizado, estableciendo la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 26 de abril 2018 (recurso núm. 4803/2017) que “si bien la doctrina jurisprudencial exige que el suceso que desencadena o saca de su estado latente la enfermedad, sea, a su vez, un accidente o que pueda relacionarse con el trabajo a causa del esfuerzo físico, no debe olvidarse que tal exigencia queda debilitada en los supuestos en el que ese algo desencadenante se manifieste en lugar y tiempo de trabajo, pues entra en juego la presunción establecida en el artículo 156.3 LGSS”, por tanto es accidente de trabajo la baja temporal iniciada el 27 de abril 2015. En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León, Valladolid, 7 de junio 2018 (recurso núm. 16/2018) queda probado que al trabajador se le manifiesta la lesión en tiempo y lugar de trabajo, con motivo de sobreesfuerzo, al tirar de una barra de hierro sufrió un tirón en la espalda, queda evidenciado que no figuran antecedentes de baja, ni siquiera tratamiento médico alguno por problemas lumbares, por lo que se concluye que fue el accidente, “beneficiado en todo caso por la presunción de laboralidad del artículo 156.3 LGSS al acontecer en tiempo y lugar de trabajo, el que determinó la aparición de clínica dolorosa lumbar determinante de la baja médica en cuestión”.

Incluso se reconoce, en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Granada, 7 de junio 2018 (recurso núm. 2670/2017), la contingencia profesional de la incapacidad del trabajador que siente un chasquido en la cadera al subir y bajar los escalones del camión, y sufre una caída sobre MID (Miembro inferior derecho), el accidente tuvo lugar en tiempo y lugar de trabajo, se diagnóstico luxación de cadera, pero al mes siguiente aparece el diagnóstico definitivo de Mieloma, antes de bajar y subir del camión no había tenido molestias, dolor etc. que pudiera determinar que el trabajo nada tuviera

que ver con el accidente. Asimismo, debe tenerse en cuenta que el artículo 156.2.f) LGSS establece que tendrán la consideración de accidente de trabajo “las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente”, por tanto si en tiempo y lugar de trabajo sufre el actor un chasquido que determina que caiga sobre MID y aparece una luxación está claro que existe nexo causal entre el accidente y el trabajo que realiza, es enfermedad del trabajo.

En igual sentido, califica la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Galicia 17 de septiembre 2018, el traspiés que padece el trabajador, produciéndole rotura de menisco externo y desgarro, en 6 abril de 2017, estando en situación de incapacidad temporal derivada de accidente de trabajo, es dado de alta el 28 de abril y en julio del mismo año es dado de baja por incapacidad temporal derivada de contingencia común, pero la inspección considera que es una recaída del proceso previo, estableciendo el Tribunal que se ha producido una lesión en tiempo y lugar de trabajo en relación con la baja de abril 2017, porque permanece la patología de base que ya se había manifestado con anterioridad.

Por otra parte, también encontramos doctrina judicial de los Tribunales Superiores de Justicia que rechazan la aplicación de la presunción de laboralidad del artículo 156.3 LGSS, es el caso de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de 7 de febrero 2018 de Galicia (recurso 4457/2017) donde no consta debidamente acreditada la existencia de la conexión entre dolencia alegada por la trabajadora, desplazamiento intervertebral cervical, con algún percance sufrido en tiempo y lugar de trabajo; tampoco se aplica al dolor sufrido la trabajadora, camarera de planta, al mover una cama el 15 de julio 2017, no ha quedado acreditado que la lesión se produjera en tiempo y lugar de trabajo, por cuanto en agosto de 2013 se diagnosticó de osteoporosis, y la

trabajadora fue objeto de tratamiento médico y de seguimiento por dolencias lumbares por los servicios médicos de IB-SALUD, y la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Baleares 18 de mayo 2018 (recurso 70/2018)⁵⁷⁰; o en el supuesto que olvida la trabajadora que la baja inicial por problemas lumbares fue por contingencia común, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura 6 de marzo 2018 (recurso núm. 55/2018).

Recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia 11 de mayo 2018 (recurso núm. 732/2018), al desestimar el recurso interpuesto por el trabajador, electricista montador, donde solicita la consideración de contingencia profesional la incapacidad temporal por dolor en codo derecho diagnosticado de epicondilitis bilateral, que la doctrina recogida por el Tribunal Supremo en la Sentencia 15 de febrero 1996 la presunción del artículo 156.3 LGSS no cubre solo los accidentes de trabajo en sentido estricto, sino también las enfermedades. Por ello, hay accidente de trabajo, enfermedad del trabajo, cuando de algún manera concorra una conexión con la ejecución de un trabajo, siendo suficiente que el nexo causal se produzca sin necesidad de precisar su significación, debiendo otorgarse esta calificación cuando no se acredite la ruptura de la relación de causalidad entre actividad profesional y padecimiento; para calificar como profesional un accidente depende de la concurrencia de tres elementos: la lesión, el trabajo y la relación entre ambos, pero las mayores dificultades aparecen cuando hay que precisar si concurre o no éste último factor. Por tanto cuando la lesión no se origina directamente por el trabajo que se desarrolla, es entonces cuando entra en juego la presunción del artículo 156.3 LGSS, presunción legal que solo alcanza a los accidentes ocurridos en

⁵⁷⁰ En el mismo sentido Sentencias de Tribunal Superior de Justicia de Galicia 11 de mayo 2018 (recurso núm. 732/2018); 14 de mayo (recurso núm. 362/2018); Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid, 15 de febrero 2018 (recurso núm. 1614/2017).

tiempo y lugar de trabajo doctrina recogida en reiteradas sentencias, destacando las Sentencias 20 de marzo 1997 y 9 de mayo 2006.

5.4.3. Enfermedades derivadas de riesgos psicosociales.

Dentro de la política comunitaria en materia de salud en el trabajo se han propuesto iniciativas cuya finalidad consistía en promover el bienestar en el trabajo, englobando no sólo el lado psico-físico sino que también ampliándolo al ámbito social y moral⁵⁷¹.

Tanto las nuevas tecnologías como las nuevas formas de trabajar han ido apareciendo en el mundo laboral, como expresa MELENDEZ MORRILLO-VELARDE⁵⁷², y por tanto las consecuencias de las mismas se observan en todos los sectores de producción y en las distintas áreas de las organizaciones productivas. De este modo, las innovaciones tecnológicas pueden generar problemas de diferente naturaleza en los trabajadores que se vean implicados en los cambios. Por lo que conlleva, según SANCHEZ PEREZ⁵⁷³, una vida más acelerada, con más especialización, y los trabajadores han de adaptarse a las situaciones nuevas que, en ocasiones, generan enfermedades crónicas identificadas por el estrés, desarrollándose nuevas patologías laborales, por lo que se ha aumentado el estudio del desgaste laboral.

Los riesgos se han venido clasificando de tipo corporal o físico, según expresa SANCHEZ TRIGUEROS⁵⁷⁴, al ir evolucionando la sociedad e ir

⁵⁷¹ AA.VV., Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo ¿La sal de la vida o el beso de la muerte?, Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Luxemburgo (Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas), 1999.

⁵⁷² MELENDEZ MORRILLO-VELARDE, L.: "Nuevas tecnologías y riesgos psicosociales", en *Revista Española de Derecho del Trabajo* núm.184-2016. BIB2016/704.

⁵⁷³ SANCHEZ PEREZ, J.: "El síndrome del trabajador quemado (burn out): su contenido y su polémico encuadramiento jurídico-laboral", en *Revista de Información Laboral* núm. 5-2016. BIB 2016/2727.

⁵⁷⁴ SANCHEZ TRIGUEROS, C.: "Enfermedades profesionales atípicas y claves para el encuadramiento de los daños derivados de riesgos psicosociales en el sistema de la protección social: estado de la cuestión", capítulo IV, en AA.VV. (responsable CAVAS MARTINEZ, F.) *Las enfermedades profesionales desde la*

aplicándose las nuevas tecnologías, nuevas organizaciones de trabajo van apareciendo nuevas patologías nuevos riesgos que generan daños psicológicos al trabajador, vinculados a la estructura de la organización, las tareas asignadas y el tiempo de trabajo, y también con factores de carácter interpersonal.

La OIT fue la primera en preocuparse y en 1986 estableció una definición de riesgos psicosociales: “Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de la organización, por una parte, y por la otra, en las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual a través de percepciones y experiencias puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo”⁵⁷⁵.

A nivel de la Unión Europea es importante por un lado la Directiva marco 89/391/CEE de 12 junio sobre salud y seguridad en el trabajo y, por otro, la política de empresa en materia de salud a partir de la Cumbre de Lisboa del año 2000, como describen SILVAGGI y SANCHEZ PEREZ⁵⁷⁶, donde se establecía el objetivo de convertir Europa en una economía competitiva y sostenible se pretendía una mayor cohesión social, y para obtener este objetivo se inicia un diálogo que finaliza en julio de 2001 en lo que se ha denominado “Libro Verde”, reuniendo el mismo las directrices que han de matizar la política europea en esta materia.

Por su parte, la Recomendación 2003/670/CE, de 19 de septiembre, en el artículo 1 apartado 7) recomienda a los Estados miembros que “promuevan la

perspectiva de la Seguridad Social. Investigación financiada mediante subvención recibida de acuerdo con lo previsto Orden TAS/940/2007 (FIPROS). Disponible en <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/115799.pdf>.

⁵⁷⁵ OIT, *Factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control*. Ginebra 1986, pág. 3.

⁵⁷⁶ SILVAGGI, F., SANCHEZ PEREZ, J.: “La prevención de los riesgos psicosociales: una perspectiva comparada (Italia-España)” en *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Trabajo*, volumen 5, núm.3-2017. pág. 180.

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”. Ésta preocupación en el marco europeo por los riesgos laborales emergentes, entre ellos los de carácter psicosocial se confirma, según describe SANCHEZ TRIGUEROS⁵⁷⁷. Por otra parte, en el Acuerdo Marco Europeo sobre acoso y violencia en el trabajo 26 de abril 2007, en opinión de FABREGAT MONFORT⁵⁷⁸ donde las principales organizaciones empresariales y sindicales de la Unión Europea lo firmaron, y supone un adelanto en la demanda de soluciones, entre otras, sobre los riesgos psicosociales.

Si bien, a nivel nacional, la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales en el artículo 16, tras la versión derivada de la Ley 54/2003, prevé que la evaluación de riesgos debe realizarse de nuevo cuando se produzca algún cambio en las condiciones de trabajo, lo que puede suceder, según expresa MELENDEZ MORILLO-VELARDE⁵⁷⁹, como consecuencia de introducir nuevas formas de trabajo en un puesto concreto, o por introducir nuevas tecnologías, esta ley ya está teniendo en cuenta la posibilidad de evaluar posibles riesgos psicosociales, consecuencia de ir intercalando nuevas tecnologías, nuevas organizaciones de trabajo, e incremento de competencia, y obliga a los trabajadores a realizar un esfuerzo de adaptarse a las nuevas situaciones. Pero, en cambio, cabe destacar que en el RD 1299/2006 de 10 noviembre por el que se aprueba la lista de enfermedades profesionales, no contempla los riesgos psicosociales.

⁵⁷⁷ SANCHEZ TRIGUEROS, C.: “Enfermedades profesionales atípicas y claves sistema de la protección social: estado de la cuestión”, *Las enfermedades profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social*. ob. cit. pág. 137.

⁵⁷⁸ FABREGAT MONFORT, G.: “El acoso moral, el acoso sexual y el acoso por razón de sexo”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob. cit. pág. 57.

⁵⁷⁹ MELENDEZ MORILLO-VELARDE, L.: “Nuevas tecnologías y riesgos psicosociales”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo* núm.184-2016. BIB2016/704.

Por otra parte el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo en cumplimiento de la misión que en encomienda la Ley de Prevención Riesgos Laborales debe promover la mejora de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo. Así, el 24 de abril se aprobó por el Consejo de Ministros la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015- 2020, y dentro del Objetivo 3, en las líneas de actuación en el apartado 5 establece “desarrollar y difundir metodologías de evaluación de riesgos psicosociales de referencia, que permitan un mejor conocimiento y prevención de dichos riesgos.

5.4.3.1. El silencio del RD 1299/2006 de 10 noviembre con respecto a los riesgos psicosociales.

Los riesgos y las patologías profesionales, como expresa LOPEZ GANDIA⁵⁸⁰, no son algo propio del mundo de la producción, sino que también perjudican a los servicios, van surgiendo nuevos procesos patológicos, nuevos tipos de enfermedades, como son los riesgos psicosociales que se generan en los ambientes de trabajo, y aparecen prácticas de violencia como el mobbing, el estrés, el síndrome del trabajador quemado, “burn-out”⁵⁸¹.

⁵⁸⁰ LOPEZ GANDIA, J.: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 10.

⁵⁸¹ SANCHEZ PEREZ, J.: “El síndrome del trabajador quemado (burn out): su contenido y su polémico encuadramiento jurídico-laboral”, en *Revista de Información Laboral* núm. 5-2016. BIB 2016/2727. El trabajador quemado es un cuadro clínico que H.B.Bradley en 1969, utilizando el término “staff burnout”, al investigar el comportamiento y niveles de estrés que presentaban los oficiales de policía encargados de la libertad condicional, definiéndolo como fenómeno psicosocial. Este síndrome también ha sido descrito por otras formulas . como “burnout”, síndrome de desgaste profesional, síndrome de trabajador consumido, síndrome de quemarse en el trabajo, definiendo la sintomatología consistente en deterioro, cansancio. El psicólogo norteamericano Freudenberger, en 1974, en H. Stress and Burnout and their implication in the Work Environment», *Encyclopaedia of occupational health and safety* , vol. I., 1998, Geneva: International Labour Office, pág. 5.16, procedió a describir los estados físicos y psicológicos que tanto el como sus compañeros de trabajo habían sufrido ala atener jovener drogadictos, sintomatología de deterioro y cansancio excesivo progresivo, acompañado de una falta de motivacion Previamente al autor había escrito un libro que es referente para el estudio del síndrome: Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it.

En el listado de enfermedades profesionales aprobado por el RD 1299/2006 no se contempla los riesgos psicosociales, a pesar que se venía reclamando, como expresa MELENDEZ MORILLO-VELARDE⁵⁸², que se incluyese en el listado que sustituyera al RD 1995/1978 de 12 de mayo.

En las enfermedades de carácter psicosocial nos encontramos ante nuevos tipos de dolencias que no están catalogadas como profesionales, y que suelen ser causa de un alto absentismo en las empresas, que originan considerables problemas de salud a quienes lo sufren, y tiene su origen en el trabajo, pero aunque no hay una referencia expresa a estas enfermedades en la norma de Seguridad Social, los Tribunales se han pronunciado considerando el carácter profesional de las mismas.

Como consecuencia de la no inclusión de los riesgos psicosociales en la lista cerrada del RD 1299/2006, según IGARTUA MIRO⁵⁸³, se reconduce de manera ficticia mediante las enfermedades del trabajo. Esta situación afecta a varias directrices, por una parte al aspecto preventivo por cuanto al calificar como accidente de trabajo no permite que se realicen los reconocimientos médicos establecidos en el artículo 243.1 LGSS previstos para las enfermedades profesionales listadas; y por otra parte el aspecto reparador porque reduce o anula la tutela protectora que se ofrece a las enfermedades vinculadas al trabajo profesional para las situaciones de necesidad.

⁵⁸² MELENDEZ MORILLO-VELARDE, L.: "Nuevas tecnologías y riesgos psicosociales", en *Revista Española de Derecho del Trabajo* núm.184-2016. BIB2016/704; SANCHEZ TRIGUEROS, C.; CONDE COLMENERO, P.: "La protección social y los riesgos psicosociales", en *Anales de Derecho*, núm. 26-2008. Pág. 288.

⁵⁸³ IGARTUA MIRO, M.T.: "La nueva lista de enfermedades profesionales y la inamovilidad respecto de las dolencias derivadas de los riesgos psicosociales", en *Actualidad Laboral (La Ley)* núm. 22-2007, págs. 2692-2705.

5.4.3.2. La relación de causalidad entre trabajo y enfermedad en los riesgos psicosociales. La teoría de la multicausalidad.

Admitida la consideración de las enfermedades psicosociales como riesgo profesional, y al no estar incluidas en el RD 1299/2006 habrá que determinar donde se encuadran, por una parte, la doctrina como MELENDEZ MORILLO⁵⁸⁴, SANCHEZ TRIGUERO⁵⁸⁵, las reconducen por vía del artículo 156.2.e) LGSS, calificándolas como accidente de trabajo, “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”. Pero, hay un problema importante que se plantea si consideramos los riesgos psicosociales como accidente de trabajo y esta dificultad radica en la prueba de la relación de causalidad entre el trabajo y la enfermedad, porque el artículo 156.2.e) LGSS exige que el afectado pruebe que la enfermedad fue causada de manera exclusiva por la ejecución del trabajo, pero en la realidad es muy complicado demostrar la relación de causalidad, porque la enfermedad de carácter psicológico puede venir determinada por múltiples factores, por cuanto vivimos en una época con grandes cambios tecnológicos y conlleva un ritmo de vida cada vez más acelerado. Además estas enfermedades pueden influir en las relaciones familiares, según expresa SANCHEZ PEREZ⁵⁸⁶, por lo que puede resultar un problema las enfermedades que tiene una etiología múltiple por cuanto pueden aparecer un compuesto de causas en el origen y no pudiéndose distinguir las que son de origen laboral y las que son de origen común.

⁵⁸⁴ MELENDEZ MORILLO-VELARDE, L.: “Nuevas tecnologías y riesgos psicosociales”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo* núm.184-2016. BIB2016/704.

⁵⁸⁵ SANCHEZ TRIGUEROS, C.: “Enfermedades profesionales atípicas y claves sistema de la protección social: estado de la cuestión”, *Las enfermedades profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social*. ob. cit. pág. 153.

⁵⁸⁶ SANCHEZ PEREZ, J.: “El síndrome del trabajador quemado (burn out): su contenido y su polémico encuadramiento jurídico-laboral”, en *Revista de Información Laboral* núm. 5-2016. BIB 2016/2727.

Ante esta situación la jurisprudencia ha admitido la teoría de la multicausalidad, basándose en la presunción contenida en el artículo 156.3 LGSS, partiendo del concepto abierto de accidente de trabajo de la Sentencia del Tribunal Supremo 17 de junio 1903. Así, en relación a las enfermedades del trabajo aparece un inconveniente en relación a aquellas enfermedades que tienen una etiología múltiple y por tanto pueden tener una multiplicidad de causas en el origen de la patología y dificulta poder diferenciar aquellas que son de causa laboral. Los tribunales, según SANCHEZ PEREZ⁵⁸⁷, aplican la presunción del artículo 156.3 LGSS de conformidad con la teoría de “la causalidad mediata”. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de febrero 1956 determina que “la jurisprudencia reiterativamente ha establecido de manera clara y concreta que cuando el accidente se produce durante la jornada de trabajo del obrero, se presume indemnizable, salvo prueba de causa excluyente de la responsabilidad patronal, lo que significa que si el siniestro y su determinante aparece razonablemente explicado, el vínculo laboral se mantiene, con la consiguiente relación causal entre el trabajo y el siniestro”.

Por su parte SANCHEZ TRIGUEROS y KAHALE CARRILLO⁵⁸⁸, consideran que la cuestión principal está en demostrar la relación de causalidad entre el trabajo y el padecimiento que sufre el trabajador, por tanto cuando nos encontremos en dolencias de origen mental, que precisamente resultan muy complejas, se proclama que pueda recurrirse de manera flexible a la presunción de laboralidad del artículo 156.3 LGSS, en este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo 27 de diciembre 1995 (RJ 1995 9846) “son numerosas las sentencias que han afirmado la aplicación de la presunción de

⁵⁸⁷ SANCHEZ PEREZ, J.: “El síndrome del trabajador quemado (burn out): su contenido y su polémico encuadramiento jurídico-laboral”, en *Revista de Información Laboral* núm. 5-2016. BIB 2016/2727.

⁵⁸⁸ SANCHEZ TRIGUEROS, C. y KAHALE CARRILLO, D. T.: “Las enfermedades psicosociales y su consideración como enfermedad del trabajo”, en *Anales del Derecho* marzo 2016. Disponible en <http://revista.um.es/analesderecho>.

laboralidad del artículo 156.3 LGSS, no sólo a los accidentes en sentido estricto o lesiones producidas de manera 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 del Tribunal Supremo de 22 de marzo 1985, 25 de septiembre 1986 (RJ 1986/5175), 29 de septiembre 1986 (RJ 1986/5202), 4 de noviembre 1988 (RJ 1988/8529), y la Sentencia de unificación de doctrina de 27 de octubre 1992 (RJ 1992 7844)”.

5.4.3.3. Posibles alternativas a la calificación de las patologías causadas por los riesgos psicosociales.

Como la dificultad que presentan las enfermedades del trabajo vinculadas a factores de riesgos psicosociales reside en la delimitación del origen causal, y como pueden tener causas múltiples, tanto laborales como extralaborales, considera SANCHEZ TRIGUEROS⁵⁸⁹ que habría que actualizar la lista de enfermedades profesionales y flexibilizar el proceso de revisión, así como incorporar las nuevas patologías que deriven de la actividad laboral, planteándose finalizar con el sistema de listas cerradas, en todo caso habría que tener en cuenta el perjuicio que producen tanto económicos, sociales, laborales y sanitarios.

Por su parte, SANCHEZ PEREZ⁵⁹⁰ considera que, habría que calificar las enfermedades causadas por riesgos psicosociales como enfermedades profesionales, en este sentido sería necesario realizar una serie de correcciones basándose en la normativa internacional, o bien aplicando el sistema mixto propuesto por la OIT, o bien el sistema de doble lista fomentado

⁵⁸⁹ SANCHEZ TRIGUEROS, C.: “Enfermedades profesionales atípicas y claves sistema de la protección social: estado de la cuestión”, *Las enfermedades profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social*. ob. cit. pág. 158.

⁵⁹⁰ SANCHEZ PEREZ, J.: “El síndrome del trabajador quemado (burn out): su contenido y su polémico encuadramiento jurídico-laboral”, en *Revista de Información Laboral* núm. 5-2016. BIB 2016/2727.

por la Unión Europea.

5.4.3.4. Enfermedades causadas por los riesgos psicosociales.

Los efectos de los riesgos psicosociales pueden repercutir no solo sobre la salud y seguridad de los trabajadores, como expresan SILVAGGI y SANCHEZ PEREZ⁵⁹¹, sino también sobre los resultados y eficacia de las empresas. Y dentro de los que afectan a los trabajadores hay que distinguir por un lado los que afectan a la salud física como las de tipo vascular, la afectación del sueño y el descanso, al sistema musculoesquelético etc., y por otro lado, se encuentran los efectos que perjudican a la salud psíquica de los trabajadores como puede ser el síndrome del trabajador quemado, el estrés, el acoso laboral⁵⁹² etc.

Por tanto, en la actualidad nos encontramos con nuevos procesos productivos, según expresa LÓPEZ GANDIA⁵⁹³, que se traducen en enfermedades de nuevo tipo, y que en numerosas ocasiones las víctimas no eran conscientes hasta fechas recientes, como es el caso de los nuevos riesgos psicosociales, que se generan en los ambientes de trabajo al aparecer por ejemplo, prácticas de violencia como el mobbing, y que afectan no sólo a los trabajadores por cuenta ajena sino también al trabajador autónomo, tanto al verdadero como al falso, en los procesos de externalización de las actividades.

⁵⁹¹ SILVAGGI, F., SANCHEZ PEREZ, J.: “La prevención de los riesgos psicosociales: una perspectiva comparada (Italia-España)” en *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Trabajo*, volumen 5, núm.3-2017. pág. 178.

⁵⁹² Vid: PEREZ ALONSO, M.A.: “El acoso en el ámbito de las relaciones laborales”. en *Actualidad Jurídica Iberoamericana* núm.6.1-2017. págs. 196-209; FABREGAT MONFORT, G.: “El control empresarial de los trabajadores a través de las nuevas tecnologías”, en *Trabajo y Derecho: nueva revista de actualidad y relaciones laborales* núm. 5-2015, págs. 76-83. MORAN ASTORGA, M.C.: *Estrés, burnout y mobbing. Recursos y estrategias de afrontamiento*. Editorial Eolas Ediciones. 2019.

⁵⁹³ LOPEZ GANDIA, J.: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 10.

5.4.3.4.1. El estrés y derivados.

El Diccionario de la Real Academia Española define el estrés como la tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.

Por su parte SANCHEZ PEREZ⁵⁹⁴ identifica el estrés laboral como “la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad de afrontar la situación”.

El estrés se ha calificado como la enfermedad del siglo XX, como expresa MARTINEZ BARROSO⁵⁹⁵, y para eliminarlo se han de desarrollar actividades preventivas por la empresa en la gestión de la misma. Los pronunciamientos jurisprudenciales se producen en una consideración genérica como estrés postraumático o relacionándose con otras enfermedades o síntomas, como taquicardias en situación de estrés, temblores de estrés. En este sentido la Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 7 de octubre 1997 (recurso núm. 3626/1996) califica como accidente de trabajo la crisis nerviosa que sufrió el trabajador, cuando se encontraba realizando sus tareas, perdiendo el conocimiento y con gran sudoración y brusca subida de tensión arterial”, “se le diagnostica en el hospital estrés profesional, habiéndose producido en tiempo y lugar de trabajo”. En el mismo sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 16 de octubre 1998 (AS 1998 4206), en este caso el trabajador obrero de la construcción llevaba varios años trabajando con contratos temporales, y cuando el trabajador ya se consideraba fijo, la posibilidad de la pérdida del empleo le causaba un estado de angustia y estrés que llegó a somatizar en un cuadro de dolor torácico, a causa del estrés laboral que persistía y sufrió un paro cardiorespiratorio, se estimó la reclamación por

⁵⁹⁴ SANCHEZ PEREZ, J.: “El síndrome del trabajador quemado (burn out): su contenido y su polémico encuadramiento jurídico-laboral”, en *Revista de Información Laboral* núm. 5-2016. BIB 2016/2727.

⁵⁹⁵ MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades de trabajo*, ob. cit. pág. 172.

muerte y supervivencia derivada de accidente de trabajo.

Por otra parte, como expresa MELENDEZ MORILLO-VELARDE⁵⁹⁶, el estrés es uno de los principales riesgos psicosociales del que pueden derivar una extensa gama de patologías físicas. En este sentido, muchas enfermedades cardiovasculares, úlceras, trastornos del sueño, dolores musculoesqueléticos, enfermedades de la piel, lesiones renales, depresión, ansiedad, entre otras, tienen como causa de origen el estrés que padece un trabajador. Igualmente las circunstancias de estrés laboral pueden ocasionar situaciones que por sí mismas pueden configurar riesgos psicosociales como puede ser el alcoholismo o la dependencia de drogas o fármacos, y que también pueden incrementar el riesgo laboral.

No se puede olvidar que hay muchos factores que pueden desarrollar una situación de estrés, y muchas las manifestaciones del mismo, como se ha descrito, por lo que genera una dificultad añadida para poder realizar una definición uniforme de lo que debe entenderse por estrés.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco 6 de febrero 2018 (recurso núm. 74/2018), reconoce a la agente de la Ertzantza la incapacidad permanente total por la contingencia de accidente de trabajo. La agente padece estrés postraumático como consecuencia de haber sido víctima de amenazas terroristas sufridas entre los años 1995 y 2003, reconocidas las mismas mediante resolución del Ministerio del Interior de 26 de julio 2016, se establece una conexión directa entre las amenazas y el estrés. Establece que no puede compaginar el estrés postraumático y su profesión habitual, presenta “fenómenos de reexperimentación traumática, crisis de pánico, flas-backs invasivos, clínica fóbica efectiva limitante que han culminado en una merma de

⁵⁹⁶ MELENDEZ MORILLO-VELARDE, L.: “Nuevas tecnologías y riesgos psicosociales”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo* núm.184-2016. BIB2016/704

su ánimo basal lo que ha llevado aparejado un bloqueo funcional”.

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, Barcelona, de 12 de febrero 2019 (recurso núm. 5908/2018) declara que el proceso de incapacidad temporal que sufrió la trabajadora en fecha 12 de marzo 2015 tiene carácter profesional, accidente de trabajo, después de mantener una reunión con el encargado y la monitora, la trabajadora se encontraba trabajando cuando sufrió un cuadro de ansiedad, siendo trasladada al hospital, el informe de urgencia establece que padece un cuadro de ansiedad y estrés insoportable, la trabajadora atribuye la crisis de ansiedad a las malas circunstancias y problemas que existen en el ámbito laboral, que se han ido agudizando, a pesar de que la trabajadora había sufrido procesos de incapacidad temporal por contingencia común, el informe del hospital recoge que tenía antecedentes patológicos y psiquiátricos, trastorno bipolar desde los 17 años, que tuvo una recaída depresiva en 2015, y ha padecido crisis de ansiedad y anticipación ansiosa por volver al trabajo, pero el Tribunal considera que no existe duda de que ha sido el lugar de trabajo donde se ha desencadenado el episodio por el que se ha tenido que trasladar a la trabajadora al hospital.

Aplica la presunción de laboralidad el Tribunal Supremo en Sentencia de 26 de abril 2016 (recurso núm. 2108/2014) determina que: la presunción del artículo 156.3 LGSS entra en juego cuando concurren las dos condiciones de tiempo y lugar y la doctrina científica destaca la exigencia general de relación de causalidad entre trabajo y lesión.

El Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, en esta Sentencia de 12 de febrero 2019 (recurso núm. 5908/2018), confirma la exposición de la magistrada “a quo” que descarta expresamente considerar la existencia de una situación de acoso laboral. Y establece que se puede distinguir entre acoso

y conflicto laboral, que no son realidades equivalentes. Después de haber mantenido una reunión la trabajadora con los superiores jerárquicos y la monitora, sobre cuestiones de producción, calidad y venta, no hay otras circunstancias que pudieran influir en el ataque de ansiedad y estrés por el que asiste al centro hospitalario.

5.4.3.4.2. El síndrome del trabajador quemado (burn-out).

Se entiende por síndrome de desgaste personal o síndrome de quemado, según expresa MARTINEZ BARROSO⁵⁹⁷, el trastorno adaptativo crónico con ansiedad como resultado de interacción del trabajo o situación laboral en las características personales.

Se suele utilizar con asiduidad la terminología burn-out de manera inadecuada, se confunde, como expresa SANCHEZ PEREZ⁵⁹⁸, estar quemado con no estar de acuerdo, estar saturado, agobiado, por lo que implica que es un proceso engañoso, el origen de la patología tiene relación con las condiciones de trabajo y no las imperfecciones o insuficiencias que pudiera tener el trabajador.

Por otra parte, el desgaste personal no aparece de manera repentina, sino que es un procedimiento prolongado, como expresa MARTINEZ BARROSO⁵⁹⁹, un estrés de carácter crónico en el ambiente laboral, con unos determinados caracteres: el trabajador manifiesta síntomas de agotamiento emocional, físico y psicológico y para intentar aliviar la situación se aísla, para lo cual desarrolla una actitud fría y despersonalizada en relación con el resto de individuos, y al mismo tiempo expresa una falta de compromiso con el trabajo con sensación de inadecuación, incompetencia e ineficacia de no poder

⁵⁹⁷ MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades de trabajo*, ob. cit. pág. 180.

⁵⁹⁸ SANCHEZ PEREZ, J.: "El síndrome del trabajador quemado (burn out): su contenido y su polémico encuadramiento jurídico-laboral", en *Revista de Información Laboral* núm. 5-2016. BIB 2016/2727.

⁵⁹⁹ MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades de trabajo*, ob. cit. pág. 182.

realizar de manera adecuada las labores.

Por su parte DE VICENTE PEREZ⁶⁰⁰, considera que los síntomas característicos son de tres tipos: a) mentales, el trabajador tiende a examinarse de manera negativa en cuanto a su profesionalidad y tiene sentimientos de fracaso; b) fisiológicos, aparecerá cansancio y fatiga crónica, cefaleas, insomnio, que no se solucionan con los periodos de descanso o vacaciones; c) de comportamiento, disminuirá el rendimiento y calidad del trabajo, problemas en comunicación con clientes y compañeros de trabajo, aumento de consumo de sustancias excitantes.

Si bien los últimos estudios indican como causas principales los estresores laborales vinculados al puesto de trabajo y las expectativas de carácter personal, pero según SANCHEZ PEREZ⁶⁰¹, la causa principal sería la sobrecarga laboral, la excesiva burocratización, la falta de coordinación, la falta de sintonía con la dirección, todas estas circunstancias están implicadas con la organización del trabajo y los recursos humanos en las empresas, siendo detonantes la duración, la complejidad, la ausencia de objetivos y la intensidad del trabajo. Básicamente, es propio de profesiones, donde los trabajadores están en contacto con otras personas, con las que por una parte hay una implicación de manera emocional y por otra hay una exigencia de entrega, como puede ser el personal sanitario, asistentes sociales o profesores, pero también suele manifestarse en altos directivos con mucha responsabilidad.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco 2 de noviembre 1999 (recurso 1320/1999), describe el síndrome “burn out” como “síndrome de desgaste personal, que se describe como un trastorno

⁶⁰⁰ DE VICENTE PEREZ, F.: “El síndrome de burnout o trabajador quemado, en *Actualidad Laboral* núm. 2-2005, pág. 1635.

⁶⁰¹ SANCHEZ PEREZ, J.: “El síndrome del trabajador quemado (burn out): su contenido y su polémico encuadramiento jurídico-laboral”, en *Revista de Información Laboral* núm. 5-2016. BIB 2016/2727.

adaptativo crónico con ansiedad, como resultado de la interacción del trabajo o situación laboral en sus características personales”. Esta sentencia que fue de las primeras que declaró profesional el padecimiento del trabajador y su conexión directa con la realización de la actividad laboral, en este caso el trabajador es jefe de taller y su equipo de trabajo estaba integrado por trabajadores minusválidos, y tenía que organizar y dirigir las actividades de trabajadores con disminuciones psíquicas que necesitaban atención continua.

Cabe destacar también la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 20 de enero 2005 (recurso núm. 6118/2003), en este procedimiento se trata de una profesora que desarrolla su actividad en diferentes centros privados, comienza a sufrir depresión y ansiedad lo que conlleva dilatados procesos de incapacidad temporal, solicitando la misma el cambio de la contingencia de común a profesional, se demuestra que hay una relación directa entre el trabajo prestado y la patología psíquica que se le diagnostica, calificando el síndrome del trabajador quemado, “un proceso en el que se acumula un estrés excesivo por una desproporcionalidad entre la responsabilidad y la capacidad de recuperación y gratificación del individuo”.

5.4.3.4.3. Una peculiar referencia al suicidio.

En un primer momento el Tribunal Supremo niega el carácter de accidente de trabajo a la muerte por suicidio del trabajador en tiempo y lugar de trabajo, como expresa CHACARTIGUI JAVEGA⁶⁰², en Sentencias 19 de febrero 1963 (RJ 849) y 15 de febrero y 15 de diciembre 1973. No obstante, hay resoluciones como la Sentencia del Tribunal Supremo de 29 de octubre 1970 (RJ 4336), que es la primera Sentencia que abre la posibilidad a admitir la calificación de accidente de trabajo al trastorno mental que originó el suicidio, la causa del suicidio está relacionada con el trabajo, en este supuesto el

⁶⁰² CHACARTEGUI JAVEGA, C.: “La calificación del suicidio como accidente de trabajo”, en Revista Doctrinal Aranzadi Social núm. 17/2009. BIB 2009/566

trabajador víctima de un accidente de trabajo que le lleva a un largo periodo de hospitalización y varias intervenciones quirúrgicas, esta situación lleva al trabajador a suicidarse lanzándose por la ventana desde la habitación de la clínica; y en la misma línea la Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de abril 1974.

Para evitar que se excluyera de la protección, como expresa ROMERO RODENAS⁶⁰³, se estima que el suicidio se califique como accidente de trabajo en la Resolución de 22 de septiembre de 1976 de la Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social.

La Ley 50/1980 de 8 octubre de Contrato de Seguro en el artículo 93 define el suicidio “la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio asegurado”. En principio el carácter voluntario y consciente eliminaría calificar el suceso como accidente de trabajo, como expresa SANCHEZ PEREZ⁶⁰⁴, pero si la muerte no se ha originado sin el concurso de estas dos condiciones, aunque materialmente la provoca el trabajador, no se le podría inculpar por deberse a un trastorno mental transitorio o permanente.

5.4.3.4.3. 1. Tensión-distensión entre el artículo 156.3 y el 156.4.b) LGSS.

El artículo 156.4.b) LGSS considera que “no tendrán la consideración de accidente de trabajo: los que sean debidos a dolo o imprudencia temeraria del trabajador accidentado”, según expresa SANCHEZ PEREZ⁶⁰⁵. Así, el acto intencionado, que se ha producido por el accidentado rompe la conexión propia del accidente de trabajo, el acto de la autolesión como acto doloso quedaría excluido de la consideración de accidente de trabajo. Pero, se calificará como

⁶⁰³ ROMERO RODENAS, M.J.: “Suicidio de un trabajador ocasionado por la existencia de conflictividad laboral, iniciado con el ejercicio del derecho de huelga: accidente de trabajo”, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 9-2010. BIB 2012/642

⁶⁰⁴ SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo*. ob. cit. pág. 219.

⁶⁰⁵ SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo*. ob. cit. pág. 216.

contingencia profesional cuando el hecho derive del trabajo de manera directa o indirecta.

Por su parte VALDES DAL-RE y VALDES ALONSO⁶⁰⁶ consideran que para valorar la consideración del suicidio como accidente de trabajo hay que realizar un análisis de manera conjunta, debido a la tensión que se produce entre lo previsto en los apartados 3 y 4b) del artículo 156 LGSS y, la etiología del trastorno mental que dispone en la determinación del individuo de suicidarse.

Esta cuestión se plantea en la Sentencia del Tribunal Supremo 25 de septiembre 2007 (recurso núm. 5452/2005), donde el trabajador acude al centro de salud manifestando que no está cómodo en la empresa y que ha tenido ideas de suicidio, apreciando el psiquiatra un episodio depresivo severo con ideas autolíticas, piensa que está marginado por la gente, que no sirve para nada, que rumia con la idea de quitarse de en medio de alguna manera, presentando muy baja autoestima, inseguridad, y finalmente al año de haber acudido por primera vez a urgencias por las preocupaciones por problemas laborales, el trabajador, el 5 de agosto de 2004, puso fin a su vida, dejando una nota. La Mutua deniega la consideración de accidente de trabajo, si bien el Juzgado de lo Social desestima la demanda interpuesta por la viuda y su hija menor, pero en el recurso de suplicación la Sentencia dictada por el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid, 18 de julio 2005 resuelve estimando el recurso y declarando que el trabajador falleció en accidente de trabajo, siendo recurrida en casación.

De este modo, el Tribunal Supremo plantea dos cuestiones, la primera se refiere a si “la presunción de laboralidad establecida en el artículo 156.3 LGSS alcanza o no a los supuestos de suicidio del trabajador y en qué circunstancias,

⁶⁰⁶ VALDES DAL-RÉ, F. y VALDES ALONSO, A.: “Suicidio y accidente de trabajo” en AA.VV. (Dir. BORRAJO DACRUN, E.) *Accidentes de trabajo y Mutuas*. Madrid 2008. Editorial La Ley. pág. 273.

respecto de las lesiones producidas en lugar y tiempo de trabajo. Y la segunda trata de la ruptura o no del nexo causal entre el trabajo y la muerte autoinferida por el trabajador en virtud del artículo 156.4 LGSS⁶⁰⁷”. “Si bien es cierto que la presunción de laboralidad del actual artículo 156.3 LGSS puede ser enervada por el carácter voluntario que tiene normalmente el acto de quitarse la vida, no es menos verdad que el suicidio se produce a veces por una situación de estrés o de trastorno mental que puede derivar tanto de factores relacionados con el trabajo como de factores extraños al mismo. El análisis de la contradicción de sentencias en casos de suicidio, y en particular en casos de suicidio en el lugar de trabajo, debe ponderar estas circunstancias⁶⁰⁸”.

En la actitud dolosa, es el propio trabajador el que de manera deliberada provoca el accidente, según VALDES DAL-RE y VALDES ALONSO⁶⁰⁹, por cuanto el suicidio puede estar basado en dos voluntades, una defraudadora de las normas de la Seguridad Social, con intención de obtener una determinada prestación del sistema, y otra con una intención suicida que puede acabar en el fallecimiento o en la autolesión del individuo. Por su parte, también la imprudencia temeraria, que supone la inobservancia del deber de protección del trabajador o desobedecer las normas básicas de precaución que pueden exigirse a cualquier persona normal, así como transgredir de manera imprudente las ordenes del empresario, en cuanto que provocan la asunción por parte del trabajador de un riesgo innecesario trasladan la responsabilidad al trabajador. Resulta obvio, que esta interpretación es demasiado restrictiva y en nada colaboradora para que la protección del sistema de la Seguridad Social pueda funcionar bien para el caso de no fallecimiento del trabajador ofreciéndole el sistema de Seguridad Social las prestaciones necesarias para la

⁶⁰⁷ Fundamento Jurídico PRIMERO STS 27 09 2007.

⁶⁰⁸ Fundamento Jurídico CUARTO STS 27 09 2007.

⁶⁰⁹ VALDES DAL-RÉ, F. y VALDES ALONSO, A.: “Suicidio y accidente de trabajo” en AA.VV. (Dir. BORRAJO DACRUN, E.) *Accidentes de trabajo y Mutuas*. Madrid 2008. Editorial La Ley. pág. 275.

reparación del daño o, para el caso de fallecimiento ofreciendo a los familiares las prestaciones que correspondan.

Y ello es así, puesto que el suicidio, pese que en apariencia es un acto voluntario, nadie en su sano juicio lo lleva a cabo, lo cual dicha situación debería reconducirse a los supuestos de estrés, acoso, riesgos psicosociales desencadenantes del suicidio.

5.4.3.4.3.2. Evolución jurisprudencial en relación al suicidio.

En un principio el suicidio no solo no es accidente de trabajo sino tampoco es considerado accidente, como expresan VALDES DAL-RE y VALDES ALONSO⁶¹⁰. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 31 de marzo 1952 (RJ 673), considera que no es accidente de trabajo el suicidio de un trabajador a pesar de demostrarse la existencia de una conexión entre éste y una acusación de robo de material del trabajo; en parecidos términos Sentencia 29 de marzo 1962 (RJ 1384), tras un accidente de trabajo estando en el hospital se suicida el individuo, también, siguiendo esta línea y como expresa CHACARTEGUI JAVEGA⁶¹¹ descarta la calificación de accidente de trabajo a efectos de una mejora voluntaria de Seguridad Social. Por su parte, la Sentencia del Tribunal Supremo 9 de marzo 1987 (RJ 1987/1362), resuelve el caso de un trabajador que se lanza al vacío desde el alto de la fábrica donde trabajaba, el mismo padecía trastornos psíquicos pero no constan que fuesen producidos por el medio de trabajo.

Con posterioridad, se abre la posibilidad de asociar la acción suicida con el trabajo, es el caso de la Sentencia del Tribunal Supremo 19 de febrero 1963 (RJ 849) que resuelve también en signo negativo, a pesar de haber

⁶¹⁰ VALDES DAL-RÉ, F. y VALDES ALONSO, A.: "Suicidio y accidente de trabajo" en AA.VV. (Dir. BORRAJO DACRUN, E.) *Accidentes de trabajo y Mutuas*. Madrid 2008. Editorial La Ley. pág. 276.

⁶¹¹ CHACARTEGUI JAVEGA, C.: "La calificación del suicidio como accidente de trabajo", en *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, núm. 17-2009. BIB 2009/566.

sufrido un accidente de trabajo con anterioridad, se estableció la voluntariedad de la muerte sufrida por el causante, que no existe relación de causalidad entre el trabajo que realizaba el trabajador con el resultado acaecido. Pero, la Sentencia 28 de enero 1969 es más concluyente, según SANCHEZ PEREZ⁶¹², al resolver que el trabajador, cocinero de un barco se suicidó arrojándose al mar “consecuencia del estado patológico mental, pero sin que constatará la menor indicación de que fuera causado por el trabajo que efectuaba a bordo de la nave. Y la Sentencia 29 de octubre 1970 (RJ 4336) admite por primera vez el suicidio como accidente de trabajo, en este supuesto y, como expresa VALDES DAL-RE y VALDES ALONSO⁶¹³, el comportamiento autolítico puede ser a consecuencia de la agravación de un proceso patológico previo, como describe el artículo 156.2.f) LGSS, al considerar que la larga hospitalización, consecuencia de un accidente de trabajo, había provocado un trastorno mental depresivo ocasionado por la larga hospitalización y se lanza al vacío, al considerar como causa eficiente del suicidio un trastorno mental de tipo depresivo⁶¹⁴.

A partir de esta línea jurisprudencial del Tribunal Supremo en los años 70, según CHACARTEGUI JAVEGA⁶¹⁵, el suicidio ha sido considerado como accidente de trabajo en numerosas ocasiones por parte de la jurisprudencia de los diferentes tribunales superiores de justicia, mediante la apreciación como accidente de trabajo al incluirlo en el artículo 156.2.e) LGSS, que otorga dicha calificación a las enfermedades no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que

⁶¹² SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo*. ob. cit. pág. 223.

⁶¹³ VALDES DAL-RÉ, F. y VALDES ALONSO, A.: “Suicidio y accidente de trabajo” en AA.VV. (Dir. BORRAJO DACRUN, E.) *Accidentes de trabajo y Mutuas*. Madrid 2008. Editorial La Ley. pág. 276.

⁶¹⁴ En el mismo sentido Sentencia del Tribunal Supremo 26 abril 1974 (RJ 1762), maquinista de nave que se golpea en la cabeza, aparentemente sin lesiones externas y que tras acudir a un examen médico se lanza al vacío, se traslada al hospital para el tratamiento de un accidente sufrido en el buque.

⁶¹⁵ CHACARTEGUI JAVEGA, C.: “La calificación del suicidio como accidente de trabajo”, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, núm. 17-2009. BIB 2009/566.

se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. Así, la Sentencia del Tribunal Superior Justicia del País Vasco 31 de octubre 2006 (recurso núm. 1506/2006), considera que la muerte de un trabajador por suicidio derivado de trastorno depresivo motivado por preocupaciones excesivas y persistentes sobre su actividad laboral, así como el frenético ritmo laboral impuesto por la empresa, no consta otro elemento distinto del trabajo como factor que hubiese podido colaborar en la depresión del trabajador.

Como los tribunales comprueban de manera absoluta la necesaria relación de causalidad entre suicidio y accidente de trabajo, sobre todo por temer, según expresa CHACARTEGUI JAVEGA⁶¹⁶, a que el trabajador creara de manera artificial indicios para construir una aparente causalidad entre el trabajo y el fallecimiento, con la finalidad última de que los familiares del trabajador percibieran las ventajas que ofrecen las contingencias profesionales en las prestaciones de viudedad y orfandad que se generan por el sujeto causante. En este sentido, como expresa SANCHEZ PEREZ⁶¹⁷, la nota explicativa es un elemento probatorio más, que hay que valorar en el conjunto de la prueba, y que no debe entenderse conclusivo. Es destacable en esta línea la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valencia 1 de septiembre 2008 (recurso núm. 3739/2007), en este caso, el trabajador había dejado una nota donde figuraba “treinta y nueve meses en la empresa habían podido conmigo, estoy triste y deprimido”, para el tribunal existe relación de causalidad entre trabajo y suicidio del trabajador, y está suficientemente acreditado por el hecho de que existiera una nota explicativa. En cambio, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 14 de noviembre 2008 (recurso núm. 3394/2008) sobre el caso del trabajador que aparece muerto de un tiro en la cabeza, vestido con el uniforme de la empresa y en las

⁶¹⁶ CHACARTEGUI JAVEGA, C.: “La calificación del suicidio como accidente de trabajo”, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, núm. 17-2009. BIB 2009/566.

⁶¹⁷ SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo*, ob. cit. pág. 231.

dependencias de la misma, la sentencia rechaza la calificación de accidente de trabajo en base a que entre las notas autógrafas escritas por el trabajador y encontradas junto al trabajador, no se deduce la conexión laboral con el suicidio porque no contiene una explicación del suceso ni la causa de la decisión que llevó al trabajador a poner fin a su vida. Si hubiera habido una conexión, finaliza el tribunal, así lo hubiera hecho constar el trabajador, de donde se deduce que si se aprecia la conexión de la nota justificativa y la relación de causalidad.

Por otra parte, hay un ejemplo importante para poder progresar, como expresa SANCHEZ PEREZ⁶¹⁸, en una interpretación amplia en la consideración del suicidio como accidente de trabajo que realiza la Sentencia del Tribunal Supremo 4 de diciembre 2012 (recurso núm. 3711/2011), con motivo de una jornada de huelga que se produjeron daños en los bienes de la empresa, el trabajador fue detenido incoándose diligencias previas, al mismo tiempo la empresa inicia un procedimiento disciplinario, que suspendió pendiente de la resolución de las actuaciones penales, en el proceso penal se imputó al trabajador que se tuvo que someter a una rueda de reconocimiento, que no fue identificado, y finalmente fue archivado. A partir del día siguiente de la detención el trabajador inicio un proceso de incapacidad temporal con el diagnóstico de estado de ansiedad. El trabajador se suicida en su domicilio, por lo que resulta difícil establecer la relación de causalidad entre acto suicida y el trabajo, el juzgado de lo social califica el suicidio como accidente de trabajo, ratificada por la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Andalucía, Sevilla, 22 de septiembre 2011 (recurso núm. 186/2011) y considera el suicidio causado por la existencia de un acto laboral, según expresa ROMERO

⁶¹⁸ SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo*, ob. cit. pág. 223.

RODENAS⁶¹⁹, se aplica el artículo 156.2.e) LGSS, entendiéndose que la dolencia mental que padecía el trabajador y que le condujo a quitarse la vida fue contraída por la realización de trabajo y tuvo por causa exclusiva la ejecución de éste. Contra esta sentencia interpuso recurso de casación para la unificación de doctrina la empresa demandada, desestimándose dicho recurso y declarando la firmeza de la sentencia recurrida.

Es destacable la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 11 de abril 2014 (recurso núm. 2848/2014), como expresa SANCHEZ PEREZ⁶²⁰, se califica de accidente de trabajo el acto suicida consumado por el jefe de área supervisor de actividades de los agentes rurales en una zona determinada con prevención de incendios, si bien el suicidio se produce fuera del lugar y tiempo de trabajo por lo que resulta imprescindible demostrar que el estado de ánimo que padecía fue la causa detonante y última que le llevó a tal decisión de autolisis, el cuadro clínico de ansiedad se desencadenó a consecuencia de un incendio en la zona de su supervisión, por lo que queda relacionado el problema psíquico con el trabajo, se produce el nexo causal entre el acto suicida y el estado de ansiedad, además se ratifica porque se encuentra una carta junto al cadáver.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 26 de octubre 2015 (recurso núm. 4319/2015) rompe la tradicional rigidez exigida en la interpretación de los requisitos de la contingencia profesional, como expresa SANCHEZ PEREZ⁶²¹, al resolver un caso de suicidio que se produce en el tiempo y lugar de trabajo y se califica como accidente de trabajo el suicidio del trabajador que se tira a las vías del tren tras haberse incoado un expediente

⁶¹⁹ ROMERO RODENAS, M.J.: "Suicidio de un trabajador ocasionado por la existencia de conflictividad laboral, iniciado con el ejercicio del derecho de huelga: accidente de trabajo", en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 9-2010. BIB 2012/642.

⁶²⁰ SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo*, ob. cit. pág. 236.

⁶²¹ SANCHEZ PEREZ, J.: *Accidentes de trabajo*, ob. cit. pág. 238.

disciplinario por la violación de secreto profesional que podría derivar en la calificación como falta muy grave y producir el despido.

5.4.3.4.4. La violencia en el trabajo. El acoso laboral.

Dentro de la violencia laboral se incluye, como expresa MELENDEZ MORRILLO-VELARDE⁶²², cualquier demostración o acto vejatorio que incluyen tanto un ataque físico como maltrato psicológico, y por tanto derivan en consecuencias negativas para la salud de los trabajadores y perjuicios para las empresas.

Dentro de la violencia laboral encontramos, como expresa FABREGAT MONFORT⁶²³, los distintos tipos de acoso laboral: el acoso moral, el acoso sexual y el acoso por razón de sexo.

Si bien el acoso en el trabajo se ha dado desde que existe el trabajo en sí mismo, como expresa PEREZ AGULLA⁶²⁴, no será hasta la última década cuando empiezan a tomar conciencia sobre el problema los tribunales.

Por otra parte uno de los principales problemas es la dificultad precisar cuándo determinadas conductas, como describe FABREGAT MONFORT⁶²⁵, son o no constitutivas de acoso. En el ordenamiento jurídico español no hay un concepto legal de acoso laboral, por lo que ha obligado a los tribunales a precisar con sus interpretaciones que situaciones pueden ser constitutivas de acoso.

Las víctimas de acoso no tenían en el marco legal más respaldo jurídico

⁶²² MELENDEZ MORRILLO-VELARDE, L.: "Nuevas tecnologías y riesgos psicosociales", en *Revista Española de Derecho del Trabajo* núm.184-2016. BIB2016/704.

⁶²³ FABREGAT MONFORT, G.: "El acoso moral, el acoso sexual y el acoso por razón de sexo. La obligación de la protección", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 65.

⁶²⁴ PEREZ AGULLA, S.: "Doctrina de suplicación sobre el acoso laboral", en *Revista Española de Derecho del trabajo*, núm. 158-2013.

⁶²⁵ FABREGAT MONFORT, G.: "El acoso moral, el acoso sexual y el acoso por razón de sexo. La obligación de la protección", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 53.

que hacer valer sus derechos reclamando la vulnerabilidad de su dignidad al poder de dirección de la empresa, como expresa FABREGAT MONFORT⁶²⁶, pero al entrar en vigor la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales cuando empezó a cambiar el horizonte normativo, en concreto en el artículo 14 que establece al empresario la obligación de garantizar la seguridad y salud en el trabajo, y prevenir y evitar también los riesgos psicosociales, y con mas concreción a partir de la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

No obstante, no existir una definición del acoso, según expresa PEREZ AGULLA⁶²⁷, no impide afirmar que la evidencia de que en las empresas los trabajadores que están sometidos a una persecución psicológica, motivo por el cual presentan síntomas psicosomáticos, bastantes de estas manifestaciones se adecuan a la definición de “mobbing”, terminología que se utiliza en la psicología internacional para definir una conducta hostil hacia una persona o grupo de manera que se les coloca en una situación de indefinición o abandono, mobbing es un anglicismo que se ha traducido como acoso moral⁶²⁸.

Los tribunales exigen, después de una evolución jurisprudencial establecida en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón 13 de junio 2012 (recurso núm. 270/2012) en la que no se aprecia acoso moral o mobbing, pero se admite que hay una relación laboral conflictiva, establece los elementos constitutivos para que una determinada conducta sea considerada

⁶²⁶ FABREGAT MONFORT, G.: “El acoso moral, el acoso sexual y el acoso por razón de sexo. La obligación de la protección”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 59.

⁶²⁷ PEREZ AGULLA, S.: “Doctrina de suplicación sobre el acoso laboral” en *Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 158-2013.

⁶²⁸ Vid BALLESTER PASTOR, M.A.: “El RDL 6/2019 para la garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación: Dios y el diablo en la tierra del sol”, en *Femeris: Revista Multidisciplinar de Estudios de Genero*, vol. 4 núm. 2- 2019. págs. 14-38.

como del acoso, y que FABREGAT MONFORT⁶²⁹ resume en las siguientes notas: 1ª.- acosador; 2ª.- víctima; 3ª.- concurrencia de violencia psicológica extrema; 4ª.- relación laboral; 5ª.- reiteración en el tiempo; 6ª.- intencionalidad. En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Cataluña 4 de julio 2017 (recurso núm. 2144/2017) en este procedimiento se desestima el recurso, considerando que no existe acoso laboral o mobbing.

El acoso moral vulnera derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Española, como menciona la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 7 de abril de 2008 (recurso núm. 808/2008), establece que ante la ausencia de resoluciones judiciales sobre el acoso moral existe, según PEREZ AGULLA⁶³⁰, una fundada doctrina del Tribunal Constitucional en orden a la protección de los derechos fundamentales de la persona, reconocidos en la Constitución Española, como el derecho a la integridad física y moral del artículo 15 de la CE; el derecho al honor del artículo 18.1 de la CE; el derecho a no sufrir discriminaciones del artículo 14 de la CE o derecho a la libertad de comunicación del artículo 20.1 de la CE. En este sentido la Sentencia del Tribunal Constitucional de 22 de abril 2002, (recurso núm. 182/1998) en el derecho a la propia imagen, derivado del derecho a la personalidad, a la dignidad humana dirigido a proteger la dimensión moral de las personas⁶³¹. La Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de mayo 2011 (recurso núm. 4280/2010), reconoce la tutela de los derechos fundamentales de la trabajadora y a reclamar una indemnización por daños y perjuicios por acoso moral.

⁶²⁹ FABREGAT MONFORT, G.: “El acoso moral, el acoso sexual y el acoso por razón de sexo. La obligación de la protección”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 59.

⁶³⁰ PEREZ AGULLA, S.: “Doctrina de suplicación sobre el acoso laboral”, *Revista española de Derecho del Trabajo* núm. 158-2013. BIB 2013/834.

⁶³¹ En sentido similar la Sentencia del Tribunal Constitucional de 6 de mayo 2002 (recurso núm. 403/1997) en relación al derecho fundamental al honor, ampara frente a expresiones o mensajes que lo hagan desmerecer en la consideración ajena al ir en su descredito o menosprecio y que fueran tenidas en el concepto de público como afrentosas, y la intimidad donde expresa que se refiere que hay un derecho a poseerla, y que garantiza el secreto sobre nuestra propia esfera de la vida.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia 23 de diciembre 2012 (recurso suplicación 4824/2011), en relación al derecho a la integridad física y moral, se produce vulneración por acoso moral o mobbing por el trato degradante y persecutorio que se le da al trabajador tras participar en una huelga legal: privación de despacho y de competencias, control de las llamadas, sobrecarga de trabajos, intromisiones en el ordenador y ninguneo profesional, se establece una indemnización para reparar las consecuencias del acto ilícito.

En un mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 23 de julio 2013 (recurso núm. 1575/2013) establece en relación a la vulneración del derecho a la integridad moral, por acoso moral, y la reparación de las consecuencias derivadas del reconocimiento ilícito, la procedencia de la indemnización de daños y perjuicios.

Por tanto, también corresponde la consideración de enfermedad del trabajo, dentro del accidente de trabajo, las conductas de acoso, como expresa PEREZ ALONSO⁶³², que pueda sufrir el trabajador en el ambiente laboral tanto si es provocado por el empresario como por los compañeros o la propia estructura organizativa de la empresa, en este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Cataluña 13 de julio 2012 (recurso núm. 6897/2011) que si bien se deniega el acoso no obstante, enumera los elementos que son necesarios; pero, en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Castilla y León, Valladolid 8 de noviembre 2011 (recurso núm. 758/2011) si la enfermedad surge en el medio laboral técnicamente calificable de hostigamiento o acoso psicológico basta que su aparición tenga por exclusiva causa la ejecución del trabajo.

⁶³² PEREZ ALONSO, M.A.: “Las distintas formas de accidente de trabajo” en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 41. Vid. MOLINA NAVARRETE, C.: *Ciberacoso en el trabajo. Cómo identificarlo, prevenirlo y erradicarlo en la empresa*. Editorial la Ley Wolters Kluwer. 2019.

También se ha admitido por la doctrina judicial el acoso imaginario o subjetivo, según PEREZ ALONSO⁶³³, en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 19 de mayo 2011 (recurso núm. 1661/2011), en este caso se concede la incapacidad temporal derivada de accidente de trabajo por enfermedad psicológica causada por el trabajo a pesar de la inexistencia de acoso laboral, es consecuencia de acoso imaginario, y que el trabajador resulta más vulnerable, determina el Tribunal que se aplica el artículo 156.1 LGSS por cuanto la enfermedad tiene su causa en el trabajo, pero como manifiesta MUÑOZ RUIZ ⁶³⁴, esta situación de acoso imaginario genera inseguridad jurídica.

5.4.3.4.4.1. El recargo de prestaciones en el acoso laboral. (Tratamiento específico).

Por una parte, el Tribunal Supremo justifica el recargo de prestaciones, como expresa MONEREO PEREZ y SANCHEZ PEREZ⁶³⁵, por el alto índice de siniestralidad, el recargo pretende evitar accidentes de trabajo y potenciar coaccionando a las empresas a cumplir la deuda de seguridad, por lo que se incrementa sus responsabilidades para evitar que sea menos gravoso indemnizar que adoptar las medidas oportunas para evitar riesgos de accidente, entre varias la Sentencia del Tribunal Supremo 1 de junio 2005 (recurso núm. 1613/2004). Desde la Sentencia del Tribunal Constitucional 2 de julio 2007 (recurso núm. 7142/2004) se abre la posibilidad del reconocimiento del recargo de prestaciones como demostración de la responsabilidad del empresario por los daños psíquicos que se causen a los trabajadores a consecuencia de la falta de cumplimiento de las medidas preventivas que se

⁶³³ PEREZ ALONSO, M.A.: “Las distintas formas de accidente de trabajo” en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 41.

⁶³⁴ MUÑOZ RUIZ, A.B.: “La realidad inventada. Accidente de Trabajo, acoso imaginario”, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 3/2012, paraf. 19/2012. BIB 2012/1006.

⁶³⁵ MONEREO PEREZ, J.L. y SANCHEZ PEREZ, J.: “El recargo de prestaciones en los puestos de acoso laboral”, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 83-2013. BIB 2013/433.

exigen. El Tribunal Constitucional relaciona la actividad preventiva que ha de desarrollar la empresa con el respeto a los derechos fundamentales, como señalan MONEREO PEREZ y SANCHEZ PEREZ⁶³⁶, como el derecho a la vida y a la integridad física, por lo que se refiere a riesgos psicosociales. La responsabilidad de la empresa no se limita a que no existan actitudes que atenten de manera directa a los derechos de los trabajadores, por lo que deben incluirse en el sistema preventivo los riesgos psicosociales como el resto de riesgos contemplados en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales según lo establecido en el artículo 14 de ésta Ley⁶³⁷.

En el mismo sentido, se ha manifestado según PEREZ ALONSO⁶³⁸, también es posible la aplicación del recargo de prestaciones en los casos en los que se produce acoso laboral y el empresario no ha adoptado las medidas oportunas de prevención, como en el caso donde el empresario toleró un conjunto de situaciones organizativas, funcionales, directivas y ambientales, diferenciadas y específicas las cuales afectaron a la trabajadora que dieron lugar a una patología psiquiátrica, así lo establece la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 22 de octubre 2013 (recurso núm. 7237/2012).

5.4.3.4.2. Las obligaciones empresariales para hacer frente al acoso.

Tanto desde la óptica de la Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad como desde la óptica de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en concreto en

⁶³⁶ MONEREO PEREZ, J.L. y SANCHEZ PEREZ, J.: “El recargo de prestaciones en los puestos de acoso laboral”, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 83-2013. BIB 2013/433.

⁶³⁷ Vid: FABREGAT MONFORT, G.: “El recargo por accidente de trabajo en la enfermedad consecuencia del acoso”, en *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, núm. 6-2016; RODRIGUEZ PASTOR, G.E.: “El recargo de prestaciones. Puntos críticos sobre el procedimiento de reconocimiento”, en *Revista General de Derecho del Trabajo y la Seguridad Social*, núm. 40.- 2015; GARCIA ORTEGA, J.: “El recargo de prestaciones económicas por accidente de trabajo o enfermedad profesional”, en *Tribuna Social: Revista de Seguridad Social y Laboral*, núm. 125-2001.

⁶³⁸ PEREZ ALONSO, M.A.: “Las distintas formas de accidente de trabajo” en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 41.

su artículo 14, según expresa FABREGAT MONFORT⁶³⁹, el empresario está obligado implementar unos procedimientos o protocolos para hacer frente al acoso. Se puede proceder a clasificar las obligaciones empresariales en materia de acoso en tres: 1.- preventivas; 2.- proactivas; 3.- reactivas.

1.- Tutela preventiva: se exige al empresario la adopción de todas las medidas necesarias para evitar la violencia en el trabajo en general y el acoso en particular. El empresario tiene que concienciar y prevenir y para ello tiene que actuar en tres líneas; a) elaborar un código de conducta; b) actuar sobre las condiciones de trabajo; c) configurar un procedimiento de gestión de conflictos desde la prevención de los riesgos psicosociales.

2.- Tutela proactiva: se realizará un protocolo o procedimiento para hacer frente al acoso en la empresa, para controlar que se están aplicando las medidas preventivas. La responsabilidad proactiva empresarial consiste en garantizar que existe un protocolo y que funciona cuando se produzca el acoso y que la víctima puede acudir al mismo si así lo decide. Si la víctima decidiese acudir a los tribunales o impugnar la resolución del órgano del procedimiento interno, no afecta a la responsabilidad empresarial. Lo importante es que el protocolo definido por la empresa no se limite a un protocolo acordado sin ninguna aplicación en la realidad.

3.- Tutela reactiva: cuando no ha funcionado ni la tutela preventiva ni la tutela proactiva, el empresario deberá tomar la determinación en el ejercicio de su poder de dirección, porque si ya se ha producido la agresión, la tutela reactiva consistirá en alejar la víctima de su agresor. En concreto señala FABREGAT MONFORT⁶⁴⁰, dentro de la potestad empresarial en la tutela reactiva se puede

⁶³⁹ FABREGAT MONFORT, G.: "El acoso moral, el acoso sexual y el acoso por razón de sexo. La obligación de la protección", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 59.

⁶⁴⁰ FABREGAT MONFORT, G.: "El acoso moral, el acoso sexual y el acoso por razón de sexo. La obligación de la protección", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 59.

requerir al empresario para que realice las siguientes actuaciones:

a) sancionar al acosador, que dependerá de la gravedad de la agresión siendo la sanción más grave el despido disciplinario, si bien jurídicamente, y dentro del cuadro de infracciones y sanciones aplicables a la empresa cabría un traslado disciplinario o suspensión de empleo y sueldo y siempre extremando la vigilancia el empresario;

b) la recolocación de la víctima, por cuanto al empresario se le exige la garantía que debe a sus trabajadores de garantizar un entorno laboral adecuado a su salud y seguridad. Por tanto, si la víctima lo solicita y según las condiciones de la empresa se procediera a una movilidad funcional o geográfica o incluso a cambiar las condiciones de de trabajo, para que la víctima realice su trabajo en las mejores condiciones de salud y seguridad.

5.4.4. Enfermedades derivadas de riesgos emergentes.

Si bien es evidente, que en lo que se ha llamado “nueva generación de riesgos profesionales”, los riesgos psicosociales resaltan, como expresa SANCHEZ TRIGUEROS⁶⁴¹, pero los nuevos riesgos profesionales no se agotan solo con ellos. Dentro de los riesgos emergentes se ha de incluir también los sufrimientos y enfermedades que provienen de los nuevos productos y materiales que se utilizan en el trabajo, también pueden derivarse de los nuevos tipos de agentes físicos, químicos, biológicos, etc., y también hay enfermedades que gracias a los estudios médicos y avances científicos se descubren.

⁶⁴¹ SANCHEZ TRIGUEROS, C.: “Enfermedades profesionales atípicas y claves para el encuadramiento de los daños derivados de riesgos psicosociales en el sistema de la protección social: estado de la cuestión”, capítulo IV, en AA.VV. (responsable CAVAS MARTINEZ, F.) *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág.140.

Por otra parte la “Declaración científica internacional de Bruselas sobre Electrohipersensibilidad y Sensibilidad Química Múltiple, 2015”⁶⁴², en esta declaración los médicos, de conformidad con el juramento hipocrático, y los científicos, actuando en nombre de la verdad científica, ambas profesiones que trabajan en diferentes países del mundo, en la declaración realizaron una serie de afirmaciones , destacando en las mismas, la existencia de un número elevado y aumentando de personas que están sufriendo de Electrohipersensibilidad y Sensibilidad Química Múltiple en todo el mundo. En la declaración solicitan a todos los organismos e instituciones, tanto nacionales como internacionales, que sean conscientes de este crítico problema de salud ambiental, ejerciendo su responsabilidad, solicitando que en la comunidad médica, en los gobiernos, en los políticos y en el público en general se fomente la investigación sobre la población que adquiere estas enfermedades, así como que se fomente la investigación, capacitando a los médicos en materia de prevención de riesgos laborales.

La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020⁶⁴³, dentro del diagnóstico de la prevención de riesgos laborales en el ámbito del Estado enumera los riesgos emergentes estableciendo que “Los expertos prevén la aparición de efectos derivados de las nuevas tecnologías en los campos de la información y formación, biotecnologías e ingeniería genética, robótica, nanotecnologías y nuevas energías. Las tecnologías de la información y comunicación producirán a corto plazo lugares de trabajo más flexibles, oficinas virtuales y teletrabajo”. Y entre las líneas de actuación de la Estrategia 2015-2020, en el apartado sexto se propone estudiar los riesgos emergentes,

⁶⁴²https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.peccem.org/Documentacion/Descarga/Cientificos/Declaraciones/Declaracion-Bruselas-2015-ES.pdf%ved=2ahUKEwjz9LvZr_vAhUc6OAKHeJCA-4QFjALegQIBhAB&usg=AOvVaw0fKY215L1l6Bkid=1574342547751

⁶⁴³ Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. <http://www.insht.es/catalogopublicaciones/>

las causas y el impacto que pueden generar en la salud y seguridad de los trabajadores.

5.4.4.1. El síndrome Hipersensibilidad Química Múltiple o alergia universal.

También es conocido en la literatura científica, según expresa DE SOTO RIOJA⁶⁴⁴, como alergia universal, sensibilidad alimentaria, alergia cerebral, enfermedad ambiental, enfermedad del siglo XX, síndrome de respuesta a las sustancias químicas, o incluso enfermedad ecológica.

La enfermedad puede manifestarse de muchas formas diferentes, con pluralidad de síntomas y niveles, produciendo efectos a diferentes órganos y síntomas, motivos todos ellos que justifican que existan diferencias de criterio, tanto para describir la causa como el desarrollo, y determinar qué tipo de tratamiento debe prescribirse. Por un lado, en ocasiones se ha calificado como contingencia profesional en el caso de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Burgos, 6 de julio 2010 (recurso núm. 381/2010) consideró que podía tratarse de la llamada sensibilidad química múltiple, y la definió como "un trastorno adquirido por síntomas recurrentes, relacionado con múltiples factores ambientales tolerados por la mayor parte de las personas y que no se explica por ningún trastorno médico o psiquiátrico" y se consideró que la patología aguda que padecía la actora, enfermera por inhalación de pegamento que se utilizaba en unas obras, lo fue como consecuencia de la sensibilidad química múltiple derivaba de un accidente de trabajo reconociéndosele una incapacidad permanente absoluta, pero se desestimó la reclamación de recargo de prestaciones que solicitó, por cuanto las mismas circunstancias eran soportadas por la mayor parte de las personas y además un Plan de Prevención de Riesgos Laborales. También se admite la

⁶⁴⁴ DE SOTO RIOJA, S.: "El Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple (SQM). Como enfermedad laboral, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 3/2012. BIB 2012/993.

hipersensibilidad química múltiple, como expresa PEREZ ALONSO⁶⁴⁵, por exposición al polvo de colofonia en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid, 10 de noviembre 2010 (recurso núm. 1384/2010) por exposición a polvos. Por otra parte, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 14 de mayo 2013 (recurso núm. 3565/2012) concede la incapacidad permanente total debida al síndrome de sensibilidad química que padece la trabajadora autónoma, el cual no se ha producido por ningún acontecimiento traumático, súbito y repentino, en forma de intoxicación aguda, que se ha desarrollado de manera lenta por la acción de productos desinfectantes industriales o fumigaciones de desinfección y desratización con productos biocidas utilizados cerca de la parada del Mercat Municipal, próxima a unos lavabos públicos, donde prestaba sus servicios la trabajadora, calificando la dolencia como enfermedad común.

En cambio, hay situaciones que incluso se admite responsabilidad patrimonial por el mal funcionamiento de los servicios públicos como en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (Sala de lo Contencioso-Administrativo) 27 de mayo 2013 (recurso núm. 379/2010) en el caso de la profesora que sufre un síndrome de hipersensibilidad química múltiple que se origina en su puesto de trabajo, se almacenan en su despacho los productos de limpieza y esto fue la causa directa de su padecimiento, siendo ratificada la causa por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y que debía de calificarse como accidente de trabajo, y el Departamento de Educación reconoció haber padecido la profesora accidente en acto de servicio consistente en síndrome de hipersensibilidad química desencadenada por exposición ambiental inadecuada, declarándose el derecho a percibir una indemnización por daños y perjuicios.

⁶⁴⁵ PEREZ ALONSO, M.A.: “Las distintas formas de accidente de trabajo” en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 39.

Hay una Sentencia reciente, de 6 de marzo 2019, de la sección primera de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (recurso núm. 450/2018), que reconoce el síndrome de sensibilidad química como accidente de trabajo. La trabajadora realizaba su trabajo en un edificio de oficinas, y debido a contacto con los productos químicos del ambiente, la trabajadora desarrolló la enfermedad causante de la incapacidad temporal en su lugar de trabajo. Según el tribunal, “la labor de comprobación probatoria debe tenerse en cuenta como punto de partida lo dispuesto en el artículo 156.3 ET se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y lugar de trabajo. No se llegó a practicar a instancia de la Administración prueba suficiente que consiguiese destruir esa presunción”. “Ha quedado acreditada la relación causal entre las condiciones en las que la actora prestaba su trabajo y el síndrome de sensibilidad química múltiple que sufrió y provocó su baja laboral. La prueba practicada demuestra que el síndrome se inició en el lugar de trabajo pues además, en el existían sustancias desencadenantes que le generaban una respuesta sintomatológica”. “Y como también resulta del informe del servicio de prevención de la Xunta de Galicia, en la limpieza de las oficinas se utilizaban productos que contienen amoníaco y lejía, generando molestias a las personas más sensibles hacia los agentes químicos.” Además también destaca el Tribunal que existían precedentes con otras trabajadoras, “tanto los informes de Inspección de Trabajo y del Servicio de prevención de riesgos laborales de la Xunta de Galicia no realizaron una evaluación de riesgos químicos y biológicos, no han valorado correctamente los riesgos higiénicos y biológicos a los que estaba expuesta la actora”.

Por otra parte, también hay que tener en cuenta que la patología del síndrome de hipersensibilidad química múltiple suele ir asociada a otra

enfermedad que ya es conocida, según DE SOTO RIOJA⁶⁴⁶, pudiendo solaparse los efectos de ambas, concurriendo normalmente con padecimientos de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, y compartiendo además otros síntomas. Así, en esta línea la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco 26 de enero 2010 (recurso núm. 2475/2009) en relación “al trabajador que se dedicaba al transporte de productos químicos peligrosos presenta un síndrome de fatiga crónica y síndrome de hipersensibilidad química múltiple, siendo la contingencia de sus lesiones y la incapacidad se deben de forma exclusiva a la conducción durante un período prolongado de transportes con sustancias tóxicas. Se declaró al actor en situación de incapacidad permanente absoluta para todo oficio o profesión derivada de accidente de trabajo y cuya resolución fue confirmada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior del País Vasco”, la cual reconoce además el recargo de prestaciones por cuanto a pesar de su peculiar hipersensibilidad química múltiple, sin que nunca hubiera sido sometido por la empresa a ningún reconocimiento médico, a pesar de los riesgos concurrentes en su puesto de trabajo, el resultado de los incumplimientos podía ser grave, como de hecho lo ha sido para el trabajador”, ante la ausencia de medidas de seguridad y ante la ausencia de reconocimientos médicos ni pruebas de vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores. En el mismo sentido, se expresa PEREZ ALONSO⁶⁴⁷, donde en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 27 de enero 2010 (recurso núm. 6698/2008) se trabaja en ambientes expuestos a productos químicos, se padece síndrome de hipersensibilidad química múltiple, síndrome de fatiga crónica; la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 14 de mayo 2013 (recurso núm. 3565/2012) considera hipersensibilidad química múltiple en grado III, asociada a síndrome de fatiga

⁶⁴⁶ DE SOTO RIOJA, S.: “El Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple (SQM). Como enfermedad laboral, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 3/2012. BIB 2012/993.

⁶⁴⁷ PEREZ ALONSO, M.A.: “Las distintas formas de accidente de trabajo” en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 39.

crónica y fibromialgia, por la acción de desinfectantes

Destaca también en este sentido, porque se declara a la trabajadora, ordenanza de la Tesorería General Seguridad Social, en situación de incapacidad permanente en grado de parcial, derivada de accidente de trabajo, a causa de la exposición a productos organofosforados utilizados en plaguicidas, la trabajadora padece síndrome de fatiga crónica grado II y III, y manifestaciones de hipersensibilidad química múltiple, síndrome Sjogren grado II, entre otras patologías y reconoce la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 25 de octubre 2010 (recurso núm. 100/2010) una incapacidad permanente por contingencia profesional, además la Inspección de Trabajo y Seguridad Social impone a la Tesorería General Seguridad Social un recargo de prestaciones; en este supuesto había tres trabajadoras de la misma oficina habían sido calificadas como accidente de trabajo, las patologías sufridas a consecuencia de la exposición a productos en las aplicaciones de plaguicidas y pesticidas; y por último también se le reconoce a la trabajadora una indemnización por daños y perjuicios.

Por otra parte, también hay que nombrar que existen resoluciones donde la alergia a productos químicos es causa de extinción del contrato, en éste sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 13 de julio 2013 (recurso 1846/2013) admite el despido procedente por ineptitud sobrevenida a la trabajadora que presenta problemas de salud derivados de una alergia no concretada a productos químicos, muy probable a síndrome de hipersensibilidad química que le fue diagnosticado y reconocidos en informe de parte.

5.4.4.2. El síndrome de Hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad: riesgos por exposiciones a campos electromagnéticos.

En la sociedad actual, tanto en la información como la comunicación, se

utilizan de manera intensa las tecnologías de la telecomunicación que están basadas en la transmisión de radiofrecuencias y, según expresa GARCIA GONZALEZ⁶⁴⁸, junto a la radio y la televisión se añade en gran medida los teléfonos móviles, teléfonos inalámbricos, la wifi y los escáneres e instrumentos de imagen corporal. El uso de estos dispositivos supone un incremento de la exposición de los ciudadanos a los campos electromagnéticos, con la consiguiente duda en relación a las consecuencias negativas de los mismos. Por tanto, y en opinión de GARCIA GONZALEZ⁶⁴⁹, puede considerarse la hipersensibilidad electromagnética como una variedad de intolerancia ambiental idiopática o intolerancia ambiental por causas desconocidas, que si bien tradicionalmente se ha asociado al síndrome de sensibilidad química múltiple, pero, se diferencia de la misma porque los síntomas no se producen por el contacto o exposición con ningún agente químico o alimento, sino por los campos electromagnéticos, aunque no se puede negar que en muchas ocasiones ambas patologías concurren en los mismos individuos.

La cuestión es determinar que se entiende por campos electromagnéticos, y como expresa PEREZ ALONSO⁶⁵⁰, según opinión de los expertos⁶⁵¹, un campo magnético es la combinación de dos cosas, un campo eléctrico y un campo magnético. Hay que tener en cuenta que si de manera voluntaria se produce un campo eléctrico se genera un campo magnético y viceversa, un ejemplo es la placa de inducción, que por medio de una corriente eléctrica se crea un campo magnético.

⁶⁴⁸ GARCIA GONZALEZ, G.: “La hipersensibilidad electromagnética como causa de incapacidad permanente: algunas reflexiones críticas”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo* núm. 192-2016. BIB 2016/85602.

⁶⁴⁹ GARCIA GONZALEZ, G.: “La hipersensibilidad electromagnética como causa de incapacidad permanente: algunas reflexiones críticas”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo* ob. cit. BIB 2016/85602.

⁶⁵⁰ PEREZ ALONSO, M.A.: “Campos electromagnéticos, electrosensibilidad, un riesgo para la salud de los trabajadores”, en *Revista de la Seguridad Social* núm. 9-2016

⁶⁵¹ MAGALLON PEREZ, PABLO: Ingeniero Industrial. Universidad Politécnica de Valencia. Máster en Ingeniería Industrial Universidad libre de Bruselas.

Los síntomas que derivan de la exposición a campos electromagnéticos o contaminación electromagnética, según PEREZ ALONSO⁶⁵², son muy diversos, hipersensibilidad a la exposición a campos electromagnéticos, electro hipersensibilidad, electrosensibilidad y sensibilidad eléctrica, esto es hipersensibilidad idiopática atribuida a campos electromagnéticos, campos magnéticos, campos eléctricos de baja y alta frecuencia, en ocasiones puede ocasionar cánceres raros de cabeza y corazón. Y los síntomas que manifiestan las personas hipersensibles a las radiaciones suelen ser, entre otros, fatiga, cansancio, trastornos del sueño, cefaleas, insomnio, pérdida de memoria a corto plazo, irritabilidad, dificultad para concentrarse, cansancio crónico, tristeza sin motivo aparente, alteraciones cardiacas, mala circulación sanguínea, alteraciones en la piel, incluso picor y quemazón, desorientación, congestión nasal, disminución de la libido, infecciones recurrentes, trastorno del tiroides, movimientos involuntarios de los músculos.

5.4.4.2.1. Normativa nacional e internacional del síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad.

La inquietud en relación a los campos electromagnéticos ha aumentado entre la población a partir del momento que se conocen casos de personas electrosensibles, que padecen síntomas que se acusan a las exposición electromagnética, según expresa GARCIA GONZALEZ⁶⁵³, se ha potenciado, tanto por los organismos internacionales como por los poderes públicos, dar soluciones a los posibles efectos perjudiciales para la salud debidos a la exposiciones a campos electromagnéticos. En este sentido esta el “Proyecto Internacional CEM”, comenzando en 1996 al amparo de la Organización

⁶⁵² PEREZ ALONSO, M.A.: “Campos electromagnéticos, electrosensibilidad, un riesgo para la salud de los trabajadores”, en Revista de la Seguridad Social núm. 9-2016.

⁶⁵³ GARCIA GONZALEZ, G.: “La hipersensibilidad electromagnética como causa de incapacidad permanente: algunas reflexiones críticas”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*. ob. cit. BIB 2016/85602.

Mundial de la Salud, este estudio sigue vivo, si bien determina que no hay mucha evidencia científica que respalde la existencia de casos de hipersensibilidad a los campos electromagnéticos. Pero, la inseguridad de los ciudadanos, ha ido en aumento, y además ha aumentado el número de ciudadanos con síntomas de hipersensibilidad electromagnética, considerándolo una amenaza. Por este motivo, las dudas sobre las consecuencias perjudiciales para la salud de la hipersensibilidad electromagnética se encuentran en pleno debate político. La OMS en el año 2005, como expresa PEREZ ALONSO⁶⁵⁴, estableció que la hipersensibilidad electromagnética se caracteriza por una variedad de síntomas no específicos que difieren de un individuo a otro. Los síntomas son ciertamente reales y pudiendo variar en cuanto a su gravedad. Independiente de la causa, la hipersensibilidad electromagnética puede originar en la persona afectada una incapacidad. En octubre de 2014 la OMS afirma que el Centro Internacional de Investigación sobre Cáncer ha clasificado los campos electromagnéticos originados por teléfonos móviles como probablemente cancerígenos para las personas.

Por otra parte, como expresa HARDELL⁶⁵⁵, si bien la exposición a radiofrecuencia en 2011 se consideró como un posible carcinógeno humano del Grupo 2B por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud, se ha puesto de manifiesto que el riesgo de cáncer se ha fortalecido desde entonces porque como aumenta la tecnología aumenta la radiación ambiental, pero a pesar de ello los países han

⁶⁵⁴ PEREZ ALONSO, M.A.: “Campos electromagnéticos, electrosensibilidad, un riesgo para la salud de los trabajadores”, en Revista de la Seguridad Social núm. 9-2016

⁶⁵⁵ HARDELL, L.: “World Health Organization, radiofrequency radiation and health – a hard nut to crack (Review)” in *International Journal of Oncology*, núm. 51-2017. págs. 405-143. En el mismo sentido HARDELL, L.; CALBERG, M. and HENDENDAHL, L.K.: “Radiofrequency radiation from nearby base stations gives high levels in an apartment in Stockholm, Swede: A case report” in *Oncology letters* núm. 15-2018; CARLBERG, M.; KOPPEL, T.; AHONEN, M. and HARDELL, L.: “Case-Control Study on Occupational Exposure to Extremely Low-Frequency Electromagnetic Fields and Association with Meningioma, in *Hindawi Biomed Research International*, volumen 2018, Article ID 5912394.

realizado poco para reducir la exposición, el 3 de marzo 2017 se hizo en la OMS una Reunión Informal donde se puso de manifiesto que los niveles ambientales habían aumentado⁶⁵⁶.

Los poderes públicos debido a la presión social se han preocupado y han divulgado políticas legislativas orientadas a regular las ondas electromagnéticas y la repercusión que puedan tener sobre la salud de las personas, tanto en el marco comunitario como en el interno por medio de disposiciones dirigidas a establecer límites de los campos electromagnéticos.

A nivel comunitario hay que destacar, como expresa GARCIA GONZALEZ⁶⁵⁷, la Recomendación 1999/519/CE de 12 de julio, relativa a la exposición del público en general a campos electromagnéticos; las Resoluciones del Parlamento Europeo de 4 de septiembre 2008 y de 2 de abril 2009 sobre las consideraciones sanitarias relacionadas con los campos electromagnéticos, donde en el punto 28 solicita a los Estados miembros que sigan el ejemplo de Suecia, que fue el primer país que reconoció esta enfermedad, y reconozcan como discapacidad la hipersensibilidad eléctrica para poder garantizar una protección adecuada. El consejo de Europa en la Resolución 1815, de 27 de mayo 2011, en relación a los peligros probables de los campos electromagnéticos y sus efectos en el medio ambiente, impone la obligación de preocuparse por las personas electrosensibles afectadas por el síndrome de intolerancia a los campos electromagnéticos, y activar medidas especiales para protegerlas, estableciendo la creación de zonas blancas no cubiertas por las redes inalámbricas. La Directiva 2013/35/UE, aprobada el 26

⁶⁵⁶ A nivel divulgativo son preocupantes las noticias difundidas por la tecnología 5G, porque esta tecnología será el alma de la nueva economía, autos que conducen solos, realidad virtual, ciudades inteligentes y robots que trabajan en la red. <https://cnnespanol.cnn.com/2018/01/31/5g-que-es-como-funciona-que-cambia/>

⁶⁵⁷ GARCIA GONZALEZ, G.: "La hipersensibilidad electromagnética como causa de incapacidad permanente: algunas reflexiones críticas", en *Revista Española de Derecho del Trabajo*. ob. cit. BIB 2016/85602.

de junio 2013, sobre las disposiciones mínimas de salud y seguridad relativas a la exposición de los trabajadores de salud y seguridad relativas a las exposiciones de los trabajadores a los riesgos derivados de agentes físicos (campos electromagnéticos), por la que se deroga la Directiva 2004/40/CE.

A nivel interno encontramos Real Decreto 1066/2001 de 28 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento que establece condiciones de potencia de dominio público, radioeléctrico, restricciones a las emisiones radioeléctricas y medidas de protección sanitarias frente a emisiones radioeléctricas; la Orden CTE/23/2002, de 11 de enero, y el más reciente el Real Decreto 299/2016, de 22 de julio.

5.4.4.2.2. El Real Decreto 299/2016, de 22 de julio, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a campos electromagnéticos.

El Real Decreto 299/2016, salvo alguna matización es, prácticamente, una transcripción literal de la Directiva 2013/35/UE.

De conformidad con el artículo 6 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales donde establece que son las normas reglamentarias las que deben concretar los aspectos más técnicos de las medidas preventivas y establecer las medidas mínimas que serán adoptadas para proteger de manera adecuada a los trabajadores. Y entre estas medidas aparecen las que van dirigidas a garantizar la protección de los trabajadores contra los riesgos que deriven de la exposición a campos electromagnéticos, en virtud de este artículo se dicta el RD 299/2016 de 22 de julio, tal y como se describe en el Preámbulo del mismo.

La norma establece una serie de disposiciones mínimas dirigidas a proteger a los trabajadores contra los riesgos para su salud y su seguridad derivados de la exposición a campos electromagnéticos, y estos riesgos son

los debidos a los efectos biofísicos directos conocidos y a los efectos indirectos causados por campos electromagnéticos, pero como expresa PEREZ ALONSO⁶⁵⁸, no regula los efectos a largo plazo, ni tampoco los riesgos derivados del contacto con conductores en tensión. Ahora bien, los efectos térmicos ocasionan calentamiento de los tejidos y los efectos no térmicos provocan estimulación de los músculos, de los nervios, alteran el conocimiento u otras funciones cerebrales o musculares, corrientes en las extremidades, según expresa el artículo 2 del RD 299/2016.

El artículo 3 del RD 299/2016 describe el ámbito de aplicación estableciendo que se aplicará a las actividades en las que los trabajadores estén o puedan estar expuestos a riesgos derivados de los campos electromagnéticos como consecuencia de su trabajo, referido a los efectos biofísicos directos conocidos y a los efectos indirectos causados por los campos electromagnéticos.

En relación a la expresión “como consecuencia de su trabajo”, interpreta PEREZ ALONSO⁶⁵⁹, que deberían hacerse dos apreciaciones:

1.- La expresión “como consecuencia de su trabajo”, debe ser considerada en el sentido de que el empresario debe evaluar los riesgos derivados del trabajo y como consecuencia del mismo, tanto directos como indirectos, pero no se aplicará el RD 299/2016 a otros riesgos que si bien puedan tener el mismo origen, procedan de ámbitos exteriores y ajenos al trabajo, pero no impediría que se interrelacionara el RD 299/2016 con otras Disposiciones mínimas para proteger la salud y seguridad de los trabajadores.

2.- La expresión “como consecuencia de su trabajo”, nos lleva al plano de las

⁶⁵⁸ PEREZ ALONSO, M.A.: “Campos electromagnéticos, electrosensibilidad, un riesgo para la salud d elos trabajadores”, en Revista de la Seguridad Social núm. 9-2016.

⁶⁵⁹ PEREZ ALONSO, M.A.: “Campos electromagnéticos, electrosensibilidad, un riesgo para la salud d elos trabajadores”, en Revista de la Seguridad Social núm. 9-2016.

contingencias profesionales y, por este motivo, considera PEREZ ALONSO⁶⁶⁰, que el RD 299/2016 no ha modificado la protección que brinda el artículo 156 de LGSS, sobre la protección del accidente de trabajo, por cuanto el accidente de trabajo se produce tanto con ocasión como por consecuencia, es decir que es accidente de trabajo cuando se produce una relación de causalidad tanto directa como indirecta con el trabajo.

Por tanto, se podrá aplicar la asimilación de enfermedad de trabajo al síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del trabajo, sería una asimilación genérica según el artículo 156.2.e) LGSS, o se trate de enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente, asimilación particular específica, de conformidad con el artículo 156.2.f) LGSS, o incluso aplicación de la asimilación global del artículo 156.3 LGSS, y se establece la presunción “iuris tantum” de que determinados accidentes y lesiones son de trabajo por el tiempo y lugar en que se han producido.

5.4.4.2.3. Jurisprudencia en materia del síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad.

El mundo laboral no se ha mantenido al margen del síndrome de hipersensibilidad electromagnética, y en concreto en el ámbito de la Seguridad Social, ante la existencia de procesos de solicitud de incapacidad permanente por éste síndrome, por tanto nuestros tribunales han conocido diferentes asuntos donde de manera indirecta o directa, según expresa GARCIA

⁶⁶⁰ PEREZ ALONSO, M.A.: “Campos electromagnéticos, electrosensibilidad, un riesgo para la salud de los trabajadores”, en Revista de la Seguridad Social núm. 9-2016.

GONZALEZ⁶⁶¹, se basa la incapacidad en la electrosensibilidad. Aunque son dos de las resoluciones que han causado más impacto mediático por fundamentarse la incapacidad permanente en el síndrome de hipersensibilidad electromagnética, por un lado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 6 de julio 2016 (recurso núm. 327/2016) y la Sentencia del Juzgado de lo Social núm. 24 de Madrid (sentencia núm. 258/2011) de 24 de mayo 2011.

La Sentencia del Juzgado de lo Social núm. 24 de Madrid de 24 de mayo 2011 (procedimiento núm. 1389/2010) ésta resolución fue la primera, como expresa GARCIA GONZALEZ⁶⁶², que incluyó el síndrome de hipersensibilidad electromagnética como causa de incapacidad permanente, al concurrir junto con otras patologías y la fundamentación jurídica que no se basaba sólo en la electrosensibilidad, supuso que esta resolución no tuviera la trascendencia jurídica que debería. Se trataba de una auxiliar de servicios de universidad, que padece síndrome de sensibilidad química, hipersensibilidad electromagnética y ambiental severa, síndrome de fatiga crónica en grado de intensidad, fibromialgia y enfermedad celiaca, el juzgador considera que la pluripatología que sufre constituye una incapacidad permanente absoluta, por cuanto no solo le impide ejercer su profesión habitual sino también llevar una vida normal porque hay que tener en cuenta que hay una continua exposición química y electromagnética en la sociedad actual.

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 6 de julio 2016 (recurso núm. 327/2016), se trata de un ingeniero de telecomunicaciones en una multinacional de telefonía móvil, que “padece síndrome de hipersensibilidad electromagnética junto con otras patologías:

⁶⁶¹ GARCIA GONZALEZ, G.: “La hipersensibilidad electromagnética como causa de incapacidad permanente: algunas reflexiones críticas”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*, ob. cit. BIB 2016/85602.

⁶⁶² GARCIA GONZALEZ, G.: “La hipersensibilidad electromagnética como causa de incapacidad permanente: algunas reflexiones críticas”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*, ob. cit. BIB 2016/85602.

trastorno ansioso depresivo con irritabilidad y dificultad para controlar impulsos, síndrome de sensibilidad química, síndrome de intestino irritable y síndrome seco de mucosas. Se encuentra incapacitado para trabajar en ambientes que presenten contaminación electromagnética, y también se le reconoce incapacidad permanente total, derivada de enfermedad común, porque si puede trabajar en las llamadas “zonas blancas⁶⁶³” que no tiene éste tipo de contaminación”. Destaca GARCIA GONZALEZ⁶⁶⁴, el intento del juzgador de eliminar el componente subjetivo e intentar que la hipersensibilidad electromagnética figurara con fundamento científico.

De otro lado, cabe destacar que actualmente la implantación de antenas 5G ya está generando algunos problemas de salud en países donde la implantación ha sido más avanzada como informa la revista suiza L’illustré⁶⁶⁵, en relación a los problemas de salud que afectaron a diferentes vecinos después de activarse la 5G en Ginebra, y cuya sintomatología se presenta con dolores de cabeza y dolores de cráneo.

5.4.4.2.3.1. El síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad, ¿contingencia común o profesional?

Es importante determinar la contingencia, común o profesional, de la hipersensibilidad electromagnética, y ante la ausencia de conocimiento del origen y etiología del síndrome de electrosensibilidad no permiten que se

⁶⁶³ EMBID TELLO, A.E.: “Protección jurídico-sanitario frente a los riesgos procedentes de las infraestructuras de radiocomunicación”, en *Revista Catalana del Dret Ambiental*, núm. 1-2010; entiende por zonas blancas, “los espacios libres de radiación, que exigen un alejamiento de las antenas de una determinada demarcación, pero también una reducción de la potencia de emisión de éstas, ya que no se requiere garantizar cobertura alguna en dicha zona. Su objeto por el contrario, es garantizar la existencia de un espacio urbano libre de radiación, donde puedan establecer su residencia las personas que sufren electrosensibilidad y que no pueden vivir en ningún otro sitio”.

⁶⁶⁴ GARCIA GONZALEZ, G.: “La hipersensibilidad electromagnética como causa de incapacidad permanente: algunas reflexiones críticas”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*. ob. cit. BIB 2016/85602.

⁶⁶⁵ <https://www.illustrre.ch/magazine/5g-sentons-cobayes>

califique como accidente de trabajo, a pesar de que en algunas lugares de trabajo hay una evidente exposición a campos electromagnéticos, como es el caso de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 6 de julio 2016 (recurso núm. 327/2016); o el supuesto de la Sentencia del Tribunal de Justicia de Cataluña, Sala de lo Contencioso Administrativo 12 de marzo 2015 (recurso núm. 958/2012) donde el trabajador manifiesta que no había desarrollado la hipersensibilidad electromagnética antes de ser trasladado a un nuevo Instituto que tiene todas las tecnologías modernas inalámbricas.

Por otra parte, hay que destacar que también existen, como expresa GARCIA GONZALEZ⁶⁶⁶, resoluciones en las que se reconoce el origen profesional de la hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad, por cuanto se estima que la misma procede de la exposición del trabajador a radiaciones eléctricas y a campos electromagnéticos resultando más evidente cuando se ha producido un cambio en el puesto de trabajo, en el que existe más grado y frecuencia en la exposición, como en el supuesto de la Sentencia del Tribunal de Justicia del País Vasco 21 de abril 2015 (recurso núm. 564/2014), la actora ha sufrido diferentes procesos de incapacidad temporal, trabajaba desde 2005 y a partir de 2008 se desarrolla la actividad laboral en otro pabellón, se establece en la sentencia que recientemente se ha descrito una nueva categoría de personas con una sintomatología particular relacionada con la exposición a la radiación electromagnética relacionados con el uso de monitores, incluidos los aparatos de TV, teléfonos móviles, teléfonos DECT y otros aparatos electromagnéticos. Así, se acuñó el termino de personas electro-hiper-sensibles para calificar a estas personas que tras la exposición muestran alteraciones objetivas y/o subjetivas en piel y mucosas, sin descartar síntomas asociados a la afectación de órganos internos, en este caso se

⁶⁶⁶ GARCIA GONZALEZ, G.: “La hipersensibilidad electromagnética como causa de incapacidad permanente: algunas reflexiones críticas”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*. ob. cit. BIB 2016/85602.

reconoció la incapacidad permanente derivada de accidente de trabajo.

5.4.4.2.3.2. El síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad se presenta unida a otras múltiples patologías.

Se podría considerar que hay personas, según expresa GARCIA GONZALEZ⁶⁶⁷, que padecen este tipo de patologías unidas a otras patologías, normalmente ésta patología concurre con otros padecimientos, siendo las patologías más repetidas, el trastorno ansioso depresivo, la sensibilidad química múltiple, síndrome seco de mucosas, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y síndrome de Raynaud; en tales casos hay que valorar de una manera global la salud del trabajador para determinar su capacidad para trabajar y ver de qué manera se ve disminuida.

De manera particular, en diferentes resoluciones judiciales se han presentado las dolencias, como expresa GARCIA GONZALEZ⁶⁶⁸, tratando el síndrome de hipersensibilidad electromagnética como una declaración más de la sensibilidad química múltiple, en este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, Sala de lo Contencioso Administrativo 12 de marzo 2015 (recurso núm. 958/2012)⁶⁶⁹.

5.4.4.2.3.2.1 El síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad de manera singular no constituye patología para determinar incapacidades.

El síndrome de hipersensibilidad electromagnética por sí solo no

⁶⁶⁷ GARCIA GONZALEZ, G.: “La hipersensibilidad electromagnética como causa de incapacidad permanente: algunas reflexiones críticas”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*. ob. cit. BIB 2016/85602.

⁶⁶⁸ GARCIA GONZALEZ, G.: “La hipersensibilidad electromagnética como causa de incapacidad permanente: algunas reflexiones críticas”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*. ob. cit. BIB 2016/85602.

⁶⁶⁹ En el mismo sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 6 de julio 2016 (recurso núm. 327/2016; la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco 21 de abril 2015 (recurso núm. 564/2015).

constituye causa suficiente para determinar una incapacidad permanente, como expresa GARCIA GONZALEZ⁶⁷⁰. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña Sala de lo Contencioso Administrativo 12 de marzo 2015 (recurso núm. 958/2012) un profesor solicita la jubilación por incapacidad permanente al ser trasladado a un instituto con tecnologías inalámbricas presenta “dolencias de electrosensibilidad frente a campos electromagnéticos”; de otro lado, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 3 de abril de 2017 (recurso núm. 7280/2016), deniega la incapacidad permanente absoluta por agravación, en este caso se concede a la trabajadora, auxiliar administrativa, en Sentencia 8 de julio 2013 una incapacidad permanente en grado de total debido a las patologías siguientes, síndrome de fatiga crónica, fibromialgia de severa intensidad y síndrome químico múltiple, con posterioridad el actor solicitó la revisión del grado porque, además de las mencionadas sintomatologías, padecía sensibilidad electromagnética y electrofísica; la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 18 de septiembre 2017 (recurso núm. 3189/2017) recoge el supuesto de una teleoperadora, que “padece síndrome de hipersensibilidad electromagnética con clínica de hipoestesia facial izquierda, fatiga crónica, astenia, debilidad muscular, se desestima la demanda sobre declaración de Incapacidad Permanente Absoluta y subsidiariamente Total, por cuanto la demandante padece enfermedades moderadas que no interfieren de ninguna manera en su capacidad laboral y son compatibles con un rendimiento laboral normal en su trabajo habitual de teleoperadora, el síndrome de hipersensibilidad electromagnética no tiene suficiente entidad para suponer limitaciones funcionales significativas”.

⁶⁷⁰ GARCIA GONZALEZ, G.: “La hipersensibilidad electromagnética como causa de incapacidad permanente: algunas reflexiones críticas”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*. ob. cit. BIB 2016/85602.

5.4.4.2.3.2.2. El síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad se presenta unida a otras múltiples patologías determina Incapacidad Permanente Total.

Por otra parte, hay que mencionar que hay casos en los que el síndrome de hipersensibilidad electromagnética ha sido determinante para conceder al trabajador una incapacidad permanente en grado total, como expresa GARCIA GONZALEZ⁶⁷¹, en este sentido encontramos la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, Albacete, 21 de mayo 2015 (recurso núm. 1499/2014) donde la trabajadora, de profesión habitual responsable de Seguridad y Medio Ambiente, presenta fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple y síndrome de hipersensibilidad electromagnética, y se le concede incapacidad permanente total⁶⁷².

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Las Islas Baleares, Palma de Mallorca, 12 de enero 2017 (recurso núm. 406/2016), en este supuesto paciente, administrativa de profesión habitual, afectada de fatiga crónica, fibromialgia y con síntomas de afectación de sensibilidad química múltiple, en situaciones de incapacidad temporal en los años 2012, 2013, en 2014 inicia nuevo proceso de incapacidad temporal siendo diagnosticada de hipersensibilidad química y ambiental múltiple de II sobre III, con contraindicación de evitar exposición continuada a radiaciones

⁶⁷¹ GARCIA GONZALEZ, G.: "La hipersensibilidad electromagnética como causa de incapacidad permanente: algunas reflexiones críticas", en *Revista Española de Derecho del Trabajo*, ob. cit. BIB 2016/85602.

⁶⁷² La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 9 de septiembre 2015 (recurso núm. 185/2015), la actora, teleoperadora, presenta el siguiente cuadro clínico: síndrome de sensibilidad química múltiple asociado a electrosensibilidad, síndrome de colon irritable, síndrome de fatiga crónica, fibromialgia, epicondilitis derecha, estado ansioso depresivo, esta imposibilitada para legares en los que existan ondas electromagnéticas, o productos químicos, se declara la incapacidad permanente total, derivada de enfermedad común. En el mismo sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha 14 de diciembre 2016 (recurso núm. 46/2106), la actora dependiente de un herbolario padece fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple, hipersensibilidad electromagnética, síndrome de intestino irritable, migraña y cefaleas, le es concedido la incapacidad permanente total derivada de enfermedad común.

electromagnéticas cercanas, con mala tolerancia psicológica a dichas patologías y tendencia al aislamiento, “se declara la incapacidad permanente total para su profesión habitual de administrativa derivada de enfermedad común”.

En el mismo sentido, se manifiesta la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, Albacete, 26 de julio 2018 (recurso núm. 1071/2017), en este supuesto se declara la incapacidad permanente total para su profesión habitual, abogada, derivada de enfermedad común, en informe de los servicios de salud pública manifiesta que entre el múltiple diagnóstico de la trabajadora se encuentra síndrome de sensibilización central (síndrome de fibromialgia primaria, síndrome de fatiga crónica, síndrome de intolerancia ambiental idiopática, síndrome hipersensibilidad química múltiple, hipersensibilidad electromagnética, síndrome de intestino irritable), trastornos del sueño, trastornos por estrés. Considerando el Tribunal que “las dolencias descritas contraindican en este momento la realización de trabajos que impliquen concentración o responsabilidad, que son típicamente constitutivas de su categoría de abogada”.

5.4.4.2.3.2.3. El síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad se presenta unida a otras múltiples patologías que determina Incapacidad Permanente Absoluta.

Por otra parte, en determinadas situaciones la electrosensibilidad concurre con otras patologías para determinar la concesión al trabajador de una incapacidad permanente absoluta, como en el supuesto de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 25 de enero 2016 (recurso núm. 4608/2015), las ondas electromagnéticas refuerzan la aprobación de la incapacidad permanente absoluta es el supuesto del técnico de biblioteca que padece fibromialgia, hipersensibilidad química múltiple, afectación cognitiva

que incide en las facultades amnésico-atencionales, imprescindibles en su profesión, además la hipersensibilidad química múltiple y a ondas electromagnéticas imponen que no esté en contacto con las mismas (telefonía móvil, aparatos inalámbricos, ordenadores); la misma línea, sigue la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León, Burgos, 6 de abril 2016 (recurso 156/2016) en este supuesto la actora es enfermera diagnosticada con el síndrome de sensibilización central de origen tóxico, con sensibilidad química múltiple, sensibilidad ambiental, electrosensibilidad, síndrome de fatiga crónica, fibromialgia, síndrome seco de mucosas, debiendo evitar la actora en todo lo posible contacto con productos químicos volátiles y radiaciones eléctricas o magnéticas ambientales cercanas, se declara incapacidad permanente absoluta. La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León, Burgos, 11 de octubre 2016 (recurso núm. 201/2016) establece la imposibilidad de permanecer el trabajador, modelista industrial, en espacios cerrados con contaminación electromagnética o de sustancias químicas, se trata de patologías de nuevo desarrollo que inciden en las previamente diagnosticadas, por lo que se le reconoce la incapacidad permanente absoluta⁶⁷³.

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 28 de junio 2018 (recurso núm. 1308/2018) se ocupa de una monitora deportiva que fue tratada de neoplasia mamaria que, si bien, no tiene secuelas pero si le origina problemas de salud a la radioterapia que configura un diagnóstico de síndrome de hipersensibilidad electromagnética e hipersensibilidad química múltiple; estos dos síndromes son determinantes para la aprobación de la incapacidad permanente en grado absoluta.

⁶⁷³ La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León, Burgos, 25 de abril 2017 (recurso núm. 273/2017), el actor técnico proyectista, es despedido por ineptitud sobrevenida, "las lesiones objetivas impiden al actor desempeñar no solo su actividad de técnico proyectista, sino cualquier otra actividad, padece trastorno somatoforme e hipersensibilidad grado III-IV a ondas electromagnéticas y sustancias químicas, además de fátiga crónica, vejiga hiperactiva, fibromialgia. Se concede la incapacidad permanente en grado absoluta por enfermedad común con derecho a percibir el 100% de su pensión.

Por otra parte, también hay resoluciones donde se concede la incapacidad permanente en grado de gran invalidez, como la Sentencia del Juzgado de lo Social núm. 16 de Valencia de 26 de febrero 2018 (procedimiento 1054/2017) establece que se han añadido patologías a las existentes en 2013 cuando al trabajador se le concedió la incapacidad permanente en grado total, especialmente se han aumentado las patologías y padece el síndrome de hipersensibilidad química múltiple y síndrome de sensibilidad electromagnética. En estas situaciones es más que evidente que la situación del demandante se ha agravado y que no está capacitado para realizar ningún tipo de actividad laboral. Tal y como consta en el expediente administrativo “las patologías que padece son de carácter crónico, y el demandante debe evitar la exposición a productos químicos, campos electromagnéticos, y procurar un reposo relativo”.

5.4.4.2.3.2.4. El síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad se presenta unida a otras múltiples patologías y no determina Incapacidad Permanente.

Asimismo, también hay resoluciones donde el síndrome de hipersensibilidad electromagnética unida a otras múltiples patologías, como expresa GARCIA GONZALEZ⁶⁷⁴, no determina importancia suficiente para conceder alguna incapacidad permanente, como establece la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 6 de julio 2017 (recurso núm. 2197/2017), en este supuesto la demandante, de profesión habitual administrativa, presenta el siguiente cuadro residual: síndrome de hipersensibilidad a campos electromagnéticos; síndrome de intolerancia química múltiple, síndrome de fatiga crónica, fibromialgia; hipotiroidismo

⁶⁷⁴ GARCIA GONZALEZ, G.: “La hipersensibilidad electromagnética como causa de incapacidad permanente: algunas reflexiones críticas”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*. ob. cit. BIB 2016/85602.

secundario a tratamiento de enfermedad de Graves-Basedow con radio yodo; y trastorno depresivo. Se adapta su puesto de trabajo bajo supervisión del servicio de prevención y riesgos laborales de la empresa, se le ubicó en un puesto de trabajo de atención al público sin ordenador, con luz natural, luz de mesa sin transformador, local sin wifi, pero sin poder evitar la fuente de ondas electromagnéticas artificiales derivadas de la red de distribución de suministro eléctrico; con posterioridad se realizaron adaptaciones de puesto de trabajo, el servicio de prevención declara que no es apta para su trabajo, recomendando a la empresa realizar una nueva evaluación de riesgos laborales e implementar nuevas opciones adaptativas para garantizar su seguridad y salud y de esta manera evitar o minimizar su exposición a ondas electromagnéticas y a productos químicos volátiles ambientales. Considera el tribunal que la patología más importante que presenta la trabajadora es la hipersensibilidad a campos electromagnéticos, lo que ha supuesto que se movilizara de lugares de trabajo, pero la trabajadora se encuentra expuesta a factores electromagnéticos en ambientes fuera de la empresa, en lugares abiertos y en lugares cerrados debido a la nueva era tecnológica como son los móviles, ordenadores que pueden influir en su patología. Por tanto, al no quedar probado la importantísima limitación funcional de la sintomatología del síndrome de hipersensibilidad a campos electromagnéticos ni al resto de patologías, la demandante no reúne los requisitos exigidos para conceder la incapacidad permanente. El tribunal no cuestiona el hecho de que la trabajadora pueda sufrir la citada enfermedad, simplemente no reúne los requisitos que se exigen para conceder la incapacidad permanente⁶⁷⁵.

⁶⁷⁵ En el mismo sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 24 de marzo 2017 (recurso núm. 4/2017), trabajadora en situación de asimilada al Alta, se encuentra en paro involuntario, se encuentra afecta a sensibilidad química múltiple, sensibilidad electromagnética, disfunción mitocondrial, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y trastorno ansioso depresivo tratado por su médico de cabecera, según el tribunal las lesiones que presenta actualmente no revisten el grado de incapacidad permanente.

5.4.4.2.3.3. Consideración final, conclusión.

No se puede desconectar, desde mi punto de vista, el desarrollo de las nuevas tecnologías de la comunicación y la información y el síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad, no se puede negar la evidencia de que cada vez hay un número mayor de personas que padecen sintomatologías que derivan de los campos electromagnéticos, motivo por el que la clase política ha iniciado el camino de tomar conciencia social y a realizar actividades encaminadas a la protección de los trabajadores como es el RD 299/2016 y la Directiva de la Unión Europea 2013/35, de 26 de junio, sobre las disposiciones mínimas de salud y seguridad relativas a la exposición de los trabajadores a los riesgos derivados de los agentes físicos (campos electromagnéticos)⁶⁷⁶.

Pero, a pesar de las normas que son protectoras, dirigidas a realizar una buena evaluación de riesgos, actuando los servicios de prevención, pero muchas veces el cambio de puesto no ha sido la solución por cuanto también hay campos electromagnéticos fuera del ambiente de trabajo, motivo por lo que debería hacer el sistema, además de la normativa de protección en el lugar de trabajo, favorecer a las personas que sufren el síndrome de hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad, porque el problema no es solo jurídico, también es un problema económico, social, cultural, médico.

Se ha demostrado que es un problema a nivel mundial, en la OMS existe un grupo de expertos cuyo trabajo consiste en estudiar y analizar las repercusiones de la electrosensibilidad, si bien ha sido cuestionado por científicos al considerar que pueda estar influenciado por las industrias, lo bien cierto es que es un problema que está en plena discusión.

⁶⁷⁶ Vigésima Directiva específica con arreglo al artículo 16, apartado 1, de la Directiva 89/391/CEE, y por la que se deroga la Directiva 2004/40/CE.

Es necesario mencionar, como expresa PEREZ ALONSO⁶⁷⁷ que la Ley francesa núm. 2015 2015-136 del 9 de febrero sobre la simplicidad, transparencia, información y consulta sobre la exposición a los campos electromagnéticos, publicada en el DO 10-02-2015⁶⁷⁸, y que ha supuesto un importante impulso al control y uso razonable de móviles y aparatos de radiofrecuencia. En la misma línea se puede consultar una guía europea de 2016 para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y problemas de salud relacionados con los campos electromagnéticos.

⁶⁷⁷ PEREZ ALONSO, M.A.: “Campos electromagnéticos, electrosensibilidad, un riesgo para la salud d elos trabajadores”, en Revista de la Seguridad Social núm. 9-2016.

⁶⁷⁸ LOI n° 2015-136 du 9 février 2015 Relative à la sobriété, à la transparence, à l’information et à la concertation en matière d’exposition aux ondes électromagnétiques. JORF n°0034 du 10 février 2015 page 2346 texte n° 1. Francia: Le Monde; 2015 [acceso 20 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030212642&dateTexte=&categorieLien=id>; <http://www.electromagneticos.es/news.php?newsid=66>, vid. TFG “Wifi y salud” 2014/2015, de OLIVIA PEDREÑO FRAILE, Tutor/a: PEDRO MARTÍN VILLAMOR Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería, p. 12. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11775/1/TFG-H200.pdf> <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11775/1/TFG-H200.pdf>

CAPITULO VI

LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

6.1. Concepto de enfermedad profesional. Dualidad de conceptos.

La delimitación del concepto de enfermedad profesional ha sido una asignatura pendiente a lo largo de su evolución histórica, y ello ha dificultado una adecuada protección. La dificultad de definir el riesgo de enfermedad profesional, presente en todo momento en el lugar de trabajo, así como los caracteres propios de la misma, ha dado lugar a que se haya producido una reparación tardía⁶⁷⁹ de la enfermedad profesional.

La enfermedad profesional puede ser definida desde un punto de vista de las consecuencias que provoca, como dice MORENO CALIZ⁶⁸⁰, pero también constituye una de las cuestiones que más preocupan a quienes se interesan por la mejora del medio ambiente de trabajo, partiendo de la base de que la enfermedad suele ser consecuencia de las sustancias o elementos presentes en determinadas actividades o industrias.

La enfermedad profesional adquirida a consecuencia de las sustancias presentes en el lugar de trabajo, o derivada de la utilización de determinadas herramientas, tiene su origen en el trabajo que se realiza. Por esto, el ordenamiento jurídico protege lo que sea la consecuencia de la estricta relación causal de una actividad profesional desarrollada con la patología que provoca dicha actividad.⁶⁸¹

⁶⁷⁹ MORENO CALIZ, S. "Aproximación al concepto de Enfermedad Profesional", en *Revista del Ministerio de trabajo e inmigración* núm. 22, 2000, pág. 46

⁶⁸⁰ MORENO CALIZ, S. "Aproximación al concepto de Enfermedad Profesional", ob.. cit., pág. 46.

⁶⁸¹ MORENO CALIZ, S. "Aproximación al concepto de Enfermedad Profesional", ob.cit., pág. 46.

La enfermedad profesional, en un sentido legal del término, tiene un origen unicausal, es decir el trabajo es la única causa de la dolencia, por lo que la declaración de las patologías que padece el trabajador como enfermedad profesional es muy limitada. Las enfermedades relacionadas con el trabajo constituyen un grupo más amplio de patologías, ya que se incluyen enfermedades no específicamente de origen laboral que tienen una etiología multicausal, como pueden ser las patologías del aparato respiratorio.⁶⁸²

El problema jurídico, como expresa MORENO CÁLIZ,⁶⁸³ que conllevan muchas patologías laborales se basa en el origen multicausal, y esto dificulta la declaración de la enfermedad como profesional, pues ciertas enfermedades relacionadas con el trabajo pueden ser causadas por varios factores como por ejemplo las dolencias osteoarticulares, o de carácter respiratorio pueden tener su origen en determinados factores no profesionales, además del ejercicio de la actividad profesional e incluso, problemas cancerígenos que interactúan con el medio de trabajo, pero también con factores ambientales o alimenticios.

6.1.1. Sistemas o modelos de configuración del concepto de enfermedad profesional.

La configuración, elaboración y regulación del concepto de enfermedad profesional puede responder a la implantación de los siguientes sistemas o modelos: el sistema “de lista”, el sistema “abierto” o “de determinación judicial” y el sistema “mixto”⁶⁸⁴.

⁶⁸² MORENO CALIZ, S. “Aproximación al concepto de Enfermedad Profesional”, ob.cit., pág. 47.

⁶⁸³ MORENO CALIZ, S. “Aproximación al concepto de Enfermedad Profesional”, ob.cit., pág. 46.

⁶⁸⁴ BLASCO LAHOZ, J.F. *Enfermedades Profesionales. Legislación Doctrina y Jurisprudencia*, ob. cit., págs. 19 y ss.

6.1.1.1. El sistema lista.

El sistema de lista supone que tienen la consideración de enfermedad profesional las enfermedades recogidas en una lista, causadas por las sustancias y elementos en sectores todos ellos previamente determinados por el legislador en cada momento, y que sean contraídas en unas condiciones predefinidas⁶⁸⁵.

Entre las ventajas de este sistema se destacan que hay una presunción “iuris et de iure” de su etiología laboral⁶⁸⁶, de manera que las enfermedades profesionales listadas se deben al trabajo que se realiza y a las sustancias indicadas y no necesita ser probado el nexo causal⁶⁸⁷, lo que simplifica y facilita el diagnóstico y disminuye el margen de error⁶⁸⁸. También llama la atención y facilita la detección de riesgos en orden a su prevención y a las obligaciones de la empresa de realizar reconocimientos médicos, permitiendo al trabajador relacionar su enfermedad actual con el trabajo que pudo realizar muchos años antes. Asimismo, garantiza la uniformidad de las prestaciones⁶⁸⁹ y, por último, permite la confección de estadísticas de sectores con riesgos de enfermedad profesional⁶⁹⁰.

Los inconvenientes, que se presumen de la utilización de este sistema, derivan del hecho de que la lista de enfermedades profesionales puede quedar desfasada e incompleta con el paso del tiempo, y de que a menudo transcurre

⁶⁸⁵ BLASCO LAHOZ, J.F. *Enfermedades Profesionales*, ob. cit., págs. 20.

⁶⁸⁶ BLASCO LAHOZ, J.F. *Enfermedades Profesionales*, ob. cit., pág. 20. LOPEZ GANDIA, J. y AGUDO DIAZ, J. *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob.cit.,pág. 16

⁶⁸⁷ BLASCO LAHOZ, J.F. *Enfermedades Profesionales*. Ob. cit. pág. 20; MORENO CALIZ,S. “La tutela de la enfermedad profesional: aspectos controvertidos”, *Aranzadi Social*, núm. 9, 2001, BIB 2001/990

⁶⁸⁸ IGARTUA MIRO, M.T., “La nueva lista de enfermedades profesionales y la inamovilidad respecto de las dolencias derivadas de riesgos psicosociales”. *Actualidad Laboral*, núm. 22, 2007, BIB 2007/2718

⁶⁸⁹ LEZUAN M., “Legislación sobre enfermedades profesionales respiratorias”, *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 2005, vol. 28, suplemento 1. pág. 125.

⁶⁹⁰ LOPEZ GANDIA, J. “Acción protectora” en AA.VV.: *Curso de Seguridad Social*. Editorial Tirant lo Blanch, 6ª edición, Valencia 2014, pág. 284.; BLASCO LA HOZ, J.F. *Enfermedades Profesionales*, ob.. cit., págs. 22; LOPEZ GANDIA, J. y AGUDO DIAZ, J.: *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 17.

mucho tiempo hasta que se incorporen las nuevas enfermedades profesionales que han ido apareciendo⁶⁹¹. Asimismo, plantea el problema de impedir que se califiquen como enfermedades profesionales patologías con un origen causal en el trabajo, que presenten la misma conexión causa efecto que las primeras, pero de las que no se presume su etiología laboral, trasladando al trabajador la carga de probar la relación de causalidad entre enfermedad y trabajo⁶⁹².

En este sentido, algún tribunal, como es el caso de la Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Andalucía-Granada de 14 de mayo de 2002 (recurso núm. 2126/2001) ha manifestado que el sistema de lista cerrada en la enumeración de enfermedades profesionales impide la posibilidad de que, mediante una interpretación extensiva, analógica, o simple valoración judicial puedan añadirse nuevas enfermedades al listado legal; “nuestro ordenamiento jurídico, según el artículo 157 de la LGSS, no puede identificar enfermedad profesional con enfermedad contraída por razón de trabajo, pues su concepto legal es mucho más reducido, ya que se precisa, además, que esté incluida en el cuadro legal, y en el supuesto de no estar incluida en este cuadro y, sin embargo venir ocasionada por razón del trabajo desarrollado, su tipificación correcta es la de accidente laboral del artículo 156.2 e) de la LGSS, en su versión de “enfermedad del trabajo” debiendo advertirse que el sistema de lista cerrada en la enumeración de enfermedades profesionales impide la posibilidad de que, mediante una interpretación extensiva, analógica, o una simple valoración judicial puedan añadirse nuevas enfermedades al listado legal. Por lo expuesto, no puede calificarse la artrodesis L4, L5, S1 y parálisis

⁶⁹¹ LOPEZ GANDIA, J. “Acción protectora” en AA.VV.: *Curso de Seguridad Social*. Editorial Tirant lo Blanch, 6ª edición, Valencia 2014, pág. 284.; BLASCO LAHOZ, J.F. *Enfermedades Profesionales*, ob. cit. págs. 22; LOPEZ GANDIA, J. y AGUDO DIAZ, J. *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*. pág. 17.

⁶⁹² MORENO CALIZ, S. “La tutela de la enfermedad profesional: aspectos controvertidos: aspectos controvertidos”, *Aranzadi Social*, núm. 9, 2001, BIB 2001/990s.

del ciático que presenta el trabajador como enfermedad profesional pues no puede incluirse en el apartado E) del RD 1995/1978⁶⁹³.

De otro lado, la doctrina laboralista⁶⁹⁴ ha afirmado que la existencia de listas oficiales para las enfermedades profesionales tiene desviaciones indeseables, pues cualquier enfermedad no listada no es profesional, aunque pueda probarse su conexión con el trabajo y obtener el mismo tratamiento que el accidente de trabajo.

6.1.1.2. El sistema abierto o de determinación judicial.

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 calificará, o no, una enfermedad como profesional a través de decisiones judiciales, siempre que se pruebe que tiene su origen en el trabajo que se realiza.

Como ventajas de este sistema, como expresa LOPEZ GANDIA,⁶⁹⁵ se apunta el hecho de que permite tener en cuenta las insuficiencias del sistema 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 puede mencionarse que genera cierta inseguridad jurídica, pues 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

⁶⁹³ Actualmente aparece recogida en el listado de enfermedades profesionales del RD 1299/2006 de 10 de noviembre.

⁶⁹⁴ FERNANDEZ AVILES, J.A. "Concepto de accidente de trabajo. El riesgo objeto de protección jurídica". AA.VV. (J.J. MORENO PEREZ, C. MOLINA NAVARRETE Y M.N. MORENO VIDA) *Tratado practico a la legislación reguladora de los accidentes y enfermedades profesionales. Régimen jurídico de la prevención, aseguramiento, gestión y responsabilidad*, ed. Comares, Granada, 2005, pág. 88.

⁶⁹⁵ LOPEZ GANDIA, J. "Acción protectora" en AA.VV.: *Curso de Seguridad Social*. Editorial Tirant lo Blanch, 6ª edición, Valencia 2014, pág. 284.; BLASCO LA HOZ, J.F. *Enfermedades Profesionales. ob. cit.* págs. 22; LOPEZ GANDIA, J. y AGUDO DIAZ, J. *Nueva regulación de las enfermedades profesional, ob. cit.*, pág. 17.

otro informe médico, y no facilita medidas preventivas ni estadísticas nacionales o internacionales⁶⁹⁶.

6.1.1.3. El sistema mixto.

Este sistema se caracteriza porque combina aspectos de los dos sistemas anteriores, como expresa LÓPEZ GANDÍA J. y AGUDO DÍAZ J.,⁶⁹⁷ pues establece que por vía legislativa haya una lista de enfermedades profesionales, pero con la existencia de una cláusula abierta para que, mediante analogía o valoración judicial, puedan añadirse nuevas enfermedades profesionales surgidas con la evolución de la producción, de las tecnologías y de los conocimientos médicos y científicos⁶⁹⁸ y puede describirse como aquel que opera con una lista como referencia, pero al mismo tiempo se le da la oportunidad a la víctima de ofrecer pruebas más difíciles del hecho de su enfermedad, que no incluida en la lista, ha sido causada realmente por la exposición a condiciones de trabajo que son dañinas para la salud⁶⁹⁹; y que, como expresa MORENO CALIZ S.⁷⁰⁰ se acepta 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.

Este sistema integra las ventajas de los dos anteriores modelos⁷⁰¹ y permite resolver los posibles inconvenientes que surgen de la aplicación de

⁶⁹⁶ LOPEZ GANDIA, J.: "Acción protectora" en *Curso de Seguridad Social*. ob. cit., pág. 284.; BLASCO LAHOZ, J.F. *Enfermedades Profesionales*, ob. cit. págs. 22; LOPEZ GANDIA, J. y AGUDO DIAZ, J.: *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*. pág. 17.

⁶⁹⁷ LOPEZ GANDIA, J. y AGUDO DIAZ, J.: " Nueva regulación de las ... ob. cit. p. 17

⁶⁹⁸ LOPEZ GANDIA, J.: "Acción protectora" en *Curso de Seguridad Social*, ob. cit., pág. 284.; BLASCO LAHOZ, J.F.: *Enfermedades Profesionales*. Ob. cit. págs. 22; LOPEZ GANDIA, J. y AGUDO DIAZ, J.: " Nueva regulación de las ... ob. cit. p. 17

⁶⁹⁹ FERNANDEZ AVILES, J. A.: "Concepto de accidente de trabajo", ob. cit., pág.88.

⁷⁰⁰ MORENO CALIZ, S.: "La lista española de enfermedades profesionales a la luz de recientes textos internacionales, ob. cit., pág. 120.

⁷⁰¹ MORENO CALIZ, S. "La lista española de enfermedades profesionales", ob. cit. pág. 121.

aquellos sistemas, tanto el del sistema lista cerrada como el de lista abierta o de determinación judicial.

En la actualidad, cada vez son más frecuentes los sistemas mixtos, como expresa FERNANDEZ AVILES⁷⁰², en los cuales se opera con una lista como referencia, pero al mismo tiempo se le da a la víctima la posibilidad de aportar pruebas del hecho de que la enfermedad no incluida ha sido causada realmente por la exposición a condiciones de trabajo que son dañinas para la salud.

6.1.1.4. Sistema establecido en la normativa española.

En España, desde que se empezó a regular separadamente las enfermedades profesionales de los accidentes de trabajo, el Decreto de 10 de enero 1947 implantó un cuadro de enfermedades profesionales⁷⁰³, se siguió el sistema de lista cerrada, y actualmente el sistema español es un sistema de lista cerrada,⁷⁰⁴ cuya concreción de las enfermedades profesionales aparece en el Anexo I, mediante un complejo y una prolija enumeración de enfermedades, sustancias y actividades productivas, clasificadas todas ellas, mediante un listado que recoge agentes químicos, agentes físicos, agentes biológicos, enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados, enfermedades profesionales

⁷⁰² FERNANDEZ AVILES, J.A.: *El accidente de trabajo en el sistema de la Seguridad Social*, ob. cit. pág. 129.

⁷⁰³ MORENO CALIZ, S.: *Enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 278.

⁷⁰⁴ SEMPERE NAVARRO A.V.: "La protección de la enfermedad profesional: planteamiento para su modificación" *Aranzadi Social*, 2001, núm. 5. BIB 2001/731. Sugirió un sistema de doble inclusión: a) mantenimiento de una lista, estableciendo un procedimiento de iniciativa múltiple (pluralidad de sujetos legitimados) en orden a su actualización y puesta al día a medida que se vaya precisando, en los que operaría la presunción de que la patología correspondiente es una enfermedad profesional cuando se produce en el sector de la actividad contemplado normativamente); b) adición de un segundo cauce para la consideración de la patología como verdadera enfermedad profesional, de manera que las enfermedades de trabajo abandonarían su condición de accidente de trabajo y pasarían a ser como lo que realmente son, siendo necesario demostrar la existencia del nexo de causalidad entre actividad profesional y patología.

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

No obstante, en el Anexo II se describe un listado de enfermedades, que de darse determinadas condiciones y circunstancias, que más tarde se verán, determinaría igualmente la consideración de enfermedad profesional, hasta el punto de poder considerarse que el RD 1299/2006 nos ofrece un sistema de “lista cerrado matizado o expansivo”, puesto que el legislador ha ideado todo un sistema de alertas médicas para el estudio de posibles enfermedades profesionales y unas posteriores incorporaciones al listado.

Es importante delimitar el concepto de enfermedad profesional porque permite determinar el régimen jurídico de prestaciones aplicable.

Desde el punto de vista médico CAVAS MARTINEZ y FERNANDEZ ORRICO⁷⁰⁵ definen la enfermedad profesional como el daño, la patología médica o traumática, provocada por la presencia, en el medio laboral de factores o agentes físicos, químicos o biológicos que merman la salud del trabajador.

El concepto legal de Enfermedad profesional viene establecido en el artículo 157 de Texto Refundido de la LGSS aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, “se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional” .

⁷⁰⁵ CAVAS MARTINEZ, F. y FERNANDEZ ORRICO, F.J. “La cobertura de las contingencias profesionales en el sistema español de Seguridad Social”. *Cuadernos de Aranzadi Social*, núm. 24 - 2005

En tales disposiciones se establecerá el procedimiento que haya de observarse para la inclusión en dicho cuadro de nuevas enfermedades profesionales que se estimen deban ser incorporadas al mismo. Dicho procedimiento comprenderá, en todo caso, como trámite preceptivo, el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo”.

La doctrina más especializada, como el profesor BLASCO LAHOZ⁷⁰⁶, ha considerado que la enfermedad profesional se caracteriza, frente a la enfermedad común, porque trae su causa del trabajo, de las materias que maneja el trabajador, de las máquinas o herramientas que utiliza, de la singularidad del medio ambiente en el que trabaja. Así la enfermedad profesional aparece como efecto de agente no manifestante externo que suele actuar lenta y progresivamente⁷⁰⁷; y se caracteriza frente a la enfermedad común, porque la enfermedad profesional trae su causa del trabajo por cuenta ajena, y frente a las enfermedades genéricas del trabajo (accidente de trabajo), porque ésta sólo se origina por la acción de determinadas materias o elementos que el trabajador maneja en singulares ambientes o medios donde ejecuta el trabajo⁷⁰⁸; o que el concepto de enfermedad profesional es un concepto autónomo, no subordinado al accidente de trabajo, con una autonomía mixta, formal y material⁷⁰⁹.

El artículo 157 de la LGSS define, según MORENO CALIZ⁷¹⁰, la enfermedad profesional, y lo realiza siguiendo con la tradición histórica-

⁷⁰⁶ BLASCO LAHOZ, J.F.: “El concepto legal de enfermedad profesional y su interpretación judicial y doctrinal”. *Revista de trabajo y Seguridad Social*, núm. 308/2008, pág. 11

⁷⁰⁷ ALONSO OLEA, M y TORTUERO PLAZA, J.L.: *Instituciones de la Seguridad Social*. Pamplona, 2000, 17 edición. Editorial Aranzadi pág. 18.

⁷⁰⁸ AA.VV. (Coordinador A. MONTOYA MELGAR): *Curso de Seguridad Social*. Editorial Universidad Complutense de Madrid, 2000. págs. 367-368.

⁷⁰⁹ ORDEIG FOS, J.M.: “*El sistema español de Seguridad Social (y de la Comunidad Europea*”, Madrid,. (Edersa), 1993, 5ª ed., pág. 195.

⁷¹⁰ MORENO CALIZ, S.: “Aproximación al concepto de Enfermedad Profesional”, ob. cit., pág. 48.

legislativa que se inicia con la Ley de Bases de 1936, de 13 de julio⁷¹¹, y la define a partir de la concurrencia de tres elementos que son el trabajo por cuenta ajena y asimilados⁷¹², la formalización en una lista de las actividades y sustancias peligrosas y una doble relación de causalidad estricta entre el trabajo actividad y la enfermedad así como entre la acción de los elementos nocivos y la dolencia padecida.

Por otra parte, considera ORDEIG FOS⁷¹³, que el concepto de enfermedad profesional es un concepto autónomo, no subordinado al accidente de trabajo, con una autonomía mixta, formal y material.

Sobre este concepto legal, los diferentes Tribunales han realizado las siguientes interpretaciones⁷¹⁴:

1º.- El Tribunal Supremo, en la Sentencia Tribunal Supremo de 24 de abril de 1985 (RJ 1985/1912), consideró que, “habría que poner en relación el RD 1995/1978 con el artículo 116 de la LGSS, (hoy vigente el nuevo RD 1299/2006 con el artículo 157 de la LGSS), norma de superior jerarquía, para que una enfermedad sea profesional, se requiere que ésta esté contraída a consecuencia del trabajo ejecutado, se especifique en el cuadro correspondiente y esté provocada por los elementos o sustancias que se indiquen para cada una de ellas, requisitos de la narración probatoria de la

⁷¹¹ Esta Ley fue la primera que regulo las enfermedades profesionales, pero no fue aplicada por las circunstancias políticas del momento.

⁷¹² Los trabajadores por cuenta propia, autónomos, régimen especial de la minería del carbón, régimen especial de trabajadores del mar, personal investigador... Para GARCIA ORTEGA, J.: “La enfermedad profesional”, ob. cit., pág. 293, la inclusión como asimilados a trabajadores por cuenta ajena puede requerir la adaptación específica del concepto de enfermedad profesional, para adaptarla a la actividad de que se trate.

⁷¹³ ORDEIG FOS, J.M.: “*El sistema español de Seguridad Social (y de la Comunidad Europea)*”, Madrid,. (Edersa), 1993, 5ª ed., pág. 195.

⁷¹⁴ BLASCO LAHOZ, J.F.: “*Enfermedades profesionales, legislación, doctrina y jurisprudencia. Valencia*, (tirant lo blanc), 2009, pág. 62.

relación recurrida, dándose nexo de causalidad suficiente entre los productos manipulados y enfermedad padecida⁷¹⁵.

2º.- Los Tribunales Superiores de Justicia de las distintas Comunidades Autónomas también se han manifestado al respecto. La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 11 de marzo de 2005 (recurso núm. 4052/2003) establece que el concepto de enfermedad profesional que recoge el artículo 157 de la LGSS surge precisamente para otorgar mayor protección a determinadas manifestaciones morbosas ocasionadas por motivo o con ocasión de las características del trabajo, sus medios o sustancias, en determinadas actividades para cada enfermedad⁷¹⁶.

⁷¹⁵ En el mismo sentido, la STS de 13 de noviembre de 2006 (recurso núm. 2539/2005), reitera que “para saber entonces si estamos ante una enfermedad profesional, habrá que analizar si el causante reúne los tres requisitos que el trabajo sea realizado por cuenta ajena, que se trate de alguna de las actividades que reglamentariamente se determinan, y que esté provocada por la acción de elementos y sustancias que se determinen para cada enfermedad”; la STS 26 de junio 2008 (recurso núm. 3406/2006), STS 9 de mayo 2018 (recurso núm. 114/2018); STSJ Asturias de 27 marzo 2009 (recurso núm. 2652/2008); STSJ Cataluña 29 septiembre 2016 (recurso núm. 3513/2016); STSJ Galicia de 29 de septiembre 2017(recurso núm. 1208/2017).

⁷¹⁶ En este sentido la STSJ de Andalucía - Sevilla de 27 de febrero de 2002 (recurso núm. 3715/2001), establece que de la lectura del artículo 116 se desprende que para que una determinada dolencia o lesión sea calificada como derivada de enfermedad profesional precisa que la misma tenga su origen en el trabajo y, además, surja de una acción lenta y progresiva en un lugar concreto en el que la misma se contrae. La STSJ de Cataluña de 15 de noviembre de 2002 (Recurso núm. 9559/2001) declara la discutida calificación como enfermedad profesional ha de basarse en la existencia de una enfermedad, entendida como proceso lento, en la que concurra la señalada relación de causalidad conforme a la lista legal de enfermedades profesionales. Sin embargo, el presente caso el resultado dañoso calificado como incapacitante no ha sido debido a una acción lenta y progresiva de un proceso patológico derivado de la exposición continuada a las citadas sustancias y en el medio laboral expuesto, sino a una acción súbita y violenta propia del concepto de accidente de trabajo. La STSJ Cataluña de 23 de diciembre de 2002, en el Fundamento Tercero, “al definir el artículo 116 de la LGSS la enfermedad profesional, no basta, por tanto, para una determinada dolencia o lesión sea calificada como derivada de enfermedad profesional que la misma provenga del trabajo, sino que el peculiar régimen jurídico de contingencia exige, además, 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. Teniendo en cuenta lo dispuesto en los arts. 115 y 116 de la LGSS, no cabe identificar enfermedad profesional, con enfermedad contraída por razón del trabajo; el concepto de ésta es mucho más restringido al precisarse, según lo dicho, que, además de dicho requisito, tanto la enfermedad, como la causa que lo produce, sean algunas de las que figuran en la lista oficial; de no ser así. Cuando la enfermedad o la causa que lo producen no están incluidas en dicha lista oficial; y pese a que pueda quedar acreditado que la misma viene ocasionada por la realización de un trabajo, su calificación correcta no será la de enfermedad profesional, y si la de accidente de trabajo, de acuerdo con lo

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 12 de mayo de 2005 (recurso núm. 4338/2004) establece que la línea divisoria entre el accidente de trabajo propiamente dicho y la enfermedad profesional radica en su forma de aparición: súbita, violenta y externa en el primero y de forma progresiva en la segunda. “La enfermedad fue provocada por determinados actos repetitivos y constantes que exige su profesión habitual de encofrador, la cual comporta, según el hecho probado décimo, la utilización de martillo, tenazas etc. debiendo cargar placas y maderas, así como puntales, desarrollando su actividad procediendo a clavar y desclavar de forma constante clavos, colocar puntales, enroscándolos y desenroscándolos, utilizando básicamente el martillo para que queden los mismos bien sujetos”⁷¹⁷.

dispuesto en el artículo 115.2 e) de la LGSS. La peculiaridad está en que, por el modo y el lugar de trabajo, el legislador desgaja de la configuración de accidente de trabajo para constituir un riesgo específico, con un régimen jurídico propio”. La STSJ Andalucía, Sevilla 17 de noviembre 2016 (Recurso núm. 3008/2015) “Amén de que el trabajador hoy recurrente ni siquiera hace una remisión concreta al cuadro de enfermedades profesionales, ni especifica cual es la sustancia concreta causante de la dolencia de aquel, lo cierto es que no estamos en el presente supuesto ante la tipología que exige la enfermedad profesional, donde el elemento integrante de la provocación viene dado por la acción de unos elementos o sustancias en un trabajo repetitivo, y a pesar de que la enfermedad pudiera ser incardinada en una actividad listada, hacen imposible una valoración y aplicación artículo 116 de la LGSS” .

⁷¹⁷ La STSJ Cataluña de 20 de abril de 2005 (recurso núm. 4136/2004), “partiendo de la conceptual diferencia entre accidente de trabajo (producido por la lesión súbita) y la enfermedad profesional (ocasionada por un proceso patológico) la STS de 25 de enero de 1991 (con una doctrina que reitera la posterior 21 de octubre de 1992) afirma que accidente de trabajo y enfermedad profesional constituyen una unidad diferenciada, que tienen un tratamiento legal homogéneo, y que uno y otra son lesiones o detrimentos afectantes a la salud como consecuencia del trabajo. Se indica así mismo que la diferencia legal está en que hay determinadas enfermedades que vienen atribuidas a concretas actividades laborales que han sido objeto de un listado previo, listado que puede ser ampliado, y que actualmente está constituido por el que figura en el Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo, pero sin que ello sea obstáculo a la equiparación a los fines de la litis, puesto que como dice a continuación en dicha Sentencia el concepto de enfermedad profesional que da la LGSS, no desvincula a ésta del accidente de trabajo, simplemente da una presunción a favor de su existencia cuando la enfermedad está catalogada y se contrajo en una de las actividades previstas como causantes del riesgo. Por tanto, únicamente tiene la consideración de enfermedad profesional aquélla en la que queda acreditada la relación causa-efecto existente entre la realización del trabajo y la posterior aparición de la lesión, siempre y cuando pueda además encuadrarse la patología resultante en la lista contenida en el RD 1995/1978”.

Las Sentencias del Tribunal de Justicia de Castilla y León, Valladolid, de 19 y 21 de septiembre 2005 (recurso núm. 1520/2005 y recurso núm. 1630/2005), establecen que en aquellos casos en los que un trabajador asintomático sufre un accidente de trabajo, desatando el mismo los efectos incapacitantes de enfermedades o defectos padecidos anteriormente y que habían permanecido silentes, ha de calificarse la contingencia determinante de las correspondientes prestaciones como accidente de trabajo y no como enfermedad profesional⁷¹⁸.

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 15 de abril de 2005 (recurso núm. 852/2005), en el Fundamento Segundo establece, “nada se discute en el recurso más que la causa de la lesión no invalidante, es decir, que se deba a accidente laboral o a enfermedad profesional. Sin duda porque en cada caso cambia la responsabilidad prestacional, el juzgador de instancia no puede declarar la existencia de enfermedad profesional, contra el evidente tenor literal de la norma positiva vigente, que está de modo flagrante, pues no basta en absoluto con cumplir el primer requisito del concepto de enfermedad profesional (aparición paulatina en relación con el trabajo), se precisa el encuadramiento listado en un triple aspecto, por la enfermedad, por la actividad y por la sustancia o elemento. No cabe una interpretación como la efectuada en la instancia, en atención a criterios históricos según la duración actual de la

⁷¹⁸ Porque como es necesario para calificar la enfermedad profesional que concurra dos requisitos, tal y como describe la STSJ de la Región de Murcia de 10 de diciembre de 2001 (recurso núm. 1209/2001), en el Fundamento Segundo que, “de acuerdo con el artículo 116 de la LGSS, que define la enfermedad profesional, la declaración de que una determinada patología integra un supuesto de enfermedad profesional exige la concurrencia de un doble requisito; a) que la enfermedad profesional se haya contraído a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena y en las actividades específicas en el cuadro aprobado; y b) que esa enfermedad tiene que haber sido provocada por la acción de los elementos y sustancias que en dicho cuadro se indican para cada enfermedad profesional”.

jornada de trabajo, que vulnera sin ninguna duda la mínima seguridad jurídica proclamada por la Constitución”.

6.1.2. Dualidad de conceptos.

En opinión de la doctrina laboralista, como LOPEZ GANDIA⁷¹⁹ la LGSS al definir la enfermedad profesional, utiliza dos conceptos, un concepto etiológico y un concepto enumerativo, y una relación directa entre ellos⁷²⁰.

6.1.2.1. Concepto etiológico.

Un concepto “etiológico”, que supone que la enfermedad debe ser contraída como consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena o asimilado.

Sobre este tema, el Tribunal Supremo, en primer lugar, ha interpretado que a diferencia del accidente de trabajo respecto del que es necesaria la prueba del nexo causal lesión-trabajo para la calificación de laboralidad en virtud de la presunción contenida en el artículo 157 de la LGSS, tal prueba no se exige al trabajador, en ningún caso, en las enfermedades profesionales listadas. En este sentido, destacamos la Sentencia del Tribunal Supremo de 25 septiembre de 1991 (recurso núm. 460/1991) en el Fundamento Segundo ...”
a) la enfermedad profesional es realmente un accidente de trabajo y no una variedad del mismo, y, en tanto no se haga una expresa exclusión en la relación jurídica convencional, el concepto accidente de trabajo incluye la enfermedad profesional. b) Ello es así atendiendo a la evolución histórica de su protección, que arranca de la STS de 17 de junio de 1903, como de la regulación actual de los artículos 156.2 e) y 157 de la LGSS, dado que ambos

⁷¹⁹ LOPEZ GANDIA, J.: “Acción protectora I. Las contingencias protegidas”. En AA.VV.: *Curso de Seguridad Social*. Valencia, 2014. Editorial Tirant lo Blanch. 6ª edición. pág. 286.

⁷²⁰ LOPEZ GANDIA, J. Y AGUADO DIAZ, J. *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 16.

preceptos consideran a la enfermedad profesional como accidente de trabajo, con la única variación que la enfermedad profesional del artículo 157 se asienta sobre una presunción legal surgida de un doble listado de actividades y enfermedades, en tanto que el artículo 156, al no existir aquella presunción, ha de acreditarse la relación causal entre las secuelas y el trabajo desarrollado”. Y, exactamente, en el mismo sentido se pronuncia el Tribunal Supremo en la Sentencia de 5 de noviembre 1992 (recurso núm. 462/1991).

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de septiembre de 1992 (recurso núm. 2750/1991) establece en el Fundamento Segundo que “la doctrina de la Sala puede resumirse en los siguientes puntos:

1) La enfermedad profesional debe considerarse como accidente de trabajo a efectos de cobertura en un seguro colectivo de trabajadores asalariados en tanto no se haga una exclusión expresa en el contrato o en el convenio colectivo.

2) Las enfermedades que tienen su causa en la ejecución del trabajo se consideraran accidentes del trabajo en el artículo 156.2.e) y la diferencia entre la enfermedad contemplada en este artículo y la listada del artículo 157 no afecta a aspectos esenciales de la definición legal, sino a determinados aspectos accesorios de la misma, como es de la prueba del nexo causal lesión-trabajo, que es necesaria en el supuesto del artículo 156.2.e) de la LGSS, y no lo es, por el juego de una presunción legal, en las enfermedades profesionales del artículo 157 de la citada Ley.

3) La equivocidad y oscuridad de una cláusula contractual en un contrato de adhesión, como suele ser el contrato de seguro, no debe beneficiar a la entidad aseguradora, sino al asegurado”. Frente a estas conclusiones no puede argumentarse a partir del concepto de accidente del artículo 100 de la Ley del Contrato de Seguro, pues son las nociones propias de la Seguridad Social,

accidente de trabajo y enfermedad profesional, las que constituyen el contexto propio del aseguramiento colectivo que se pacta con referencia expresa a una póliza de seguros de accidentes de trabajo, que tiene carácter de mejora voluntaria de la Seguridad Social.

En el mismo sentido, se manifiesta el Fundamento Segundo de la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de enero 1992 (recurso núm. 1333/1990) y en el Fundamento Tercero establece, que “como se reconoce en la Sentencia de la Sala de 25 de enero de 1991(recurso núm. 373/1990), dictada en interés de la ley el proceso de diferenciación de la enfermedad profesional respecto del accidente de trabajo no ha alcanzado en el derecho español entidad suficiente para entender que constituyen realidades segregadas; la acción protectora responde en una y otro al mismo esquema, e igual puede decirse de la financiación y de las entidades y procedimientos de gestión⁷²¹.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de diciembre de 2007 (recurso núm. 2579/2006) en el Fundamento Cuarto manifiesta que, “la jurisprudencia de esta Sala, a partir de la sentencia de 19 de mayo de 1986, ha venido señalando, que a diferencia del accidente de trabajo respecto del que es necesaria la prueba de nexo causal lesión – trabajo, para la calificación de laboralidad, en virtud de la presunción contenida en el artículo 157 de la LGSS, tal prueba, no se exige al trabajador, en ningún caso, en las enfermedades profesionales listadas, mientras que sí se pide en principio en los accidentes de trabajo”.

Y en segundo lugar, siguiendo con el concepto etiológico, el Tribunal Supremo ha matizado que el alcance de la presunción legal de laboralidad de las enfermedades profesionales incluidas en la lista reglamentaria tiene, en

⁷²¹ En el mismo sentido destacamos la STS de 25 de abril 1992 (recurso núm. 2669/1991)

materia de Seguridad Social, la finalidad meramente instrumental de facilitar la acreditación de la protección reforzada de los riesgos profesionales y no la finalidad sustantiva de diferenciar de manera significativa la intensidad de la protección dispensada. La Sentencia del Tribunal Supremo, de 14 de febrero de 2006 (recurso núm. 2990/2004), siguiendo la doctrina que aplicó en la Sentencia de 25 de enero de 2006 (recurso núm. 2840/2004), reitera la existencia la accidente de trabajo en el supuesto de un trabajador que sufre una agravación de una enfermedad profesional previa como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente de trabajo, así lo establece el artículo. 115.2.f), actual 156.2.f), de la LGSS. El Tribunal Supremo añade que la existencia de una presunción del concepto de enfermedad profesional cede ante la prueba en contrario y para ello es suficiente demostrar que los efectos incapacitantes tienen lugar a consecuencia de la lesión constitutiva del accidente. Concretamente en el Fundamento Cuarto establece que en lo concerniente al presente caso, “el alcance de la presunción legal de laboralidad de las enfermedades profesionales incluidas en la lista reglamentaria tiene en materia de Seguridad Social la finalidad meramente instrumental de facilitar la acreditación de la protección reforzada de los riesgos profesionales, y no la finalidad sustantiva de diferenciar de manera significativa la intensidad de la protección dispensada”.

Por tanto, del artículo 157 de la LGSS no se desprende necesariamente la consecuencia de excluir para la enfermedad listada la calificación de accidente de trabajo, en sentido estricto, ya que, desde el punto de vista del asegurado, aquélla y éste conducen virtualmente a las mismas consecuencias prácticas. La presunción legal del citado precepto es, en suma, una presunción sobre el régimen de la prueba, es decir una presunción “*iuris tantum*” que admite en principio prueba en contrario, y no una ficción jurídica o presunción

“iuris et de iure”, relativa al régimen jurídico sustantivo de un determinado supuesto de hecho.

En este sentido, los diferentes Tribunales Superiores de Justicia han venido declarando, por ejemplo que no puede calificarse como enfermedad profesional una dolencia que no guarda conexión causal con el trabajo habitual, aun cuando la misma estuviera incluida en la relación de enfermedades profesionales, así lo establece la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid, de 27 de abril de 2004 (recurso núm. 281/2004) y concretamente en el Fundamento Cuarto establece que en el supuesto como el presente, en el que la silicosis de primer grado y cardiopatía isquémica carecen de influencia no sólo sobre la capacidad profesional sino también sobre la funcional del individuo carece de todo sentido la valoración de unas dolencias que nada añaden al cuadro proveniente de enfermedad común, y mucho menos puede servir para alterar la contingencia determinante del grado de invalidez.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 1 de junio de 2005 (recurso núm. 1666/2004), entiende que no debe calificarse como enfermedad profesional la tuberculosis diseminada con afectación meníngea y ganglionar sufrida por un trabajador que prestaba servicios como celador de planta en un hospital general al no quedar debidamente acreditado que la enfermedad se ha contraído por consecuencia del trabajo. Y partiendo del propio tenor literal del artículo 157 de la LGSS resulta que es requisito imprescindible para hablar de enfermedad profesional que⁷²² haya sido contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta

⁷²² En el mismo sentido, STSJ País Vasco 21 de febrero 2006 (Recurso núm. 2568/2005); STSJ Comunidad Valenciana 14 de diciembre 2004 (Recurso núm. 3763/2004) “Nuestro ordenamiento jurídico, a efectos de las prestaciones dispensadas por el sistema público de Seguridad Social, configura la enfermedad profesional como aquella que se contrae a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades específicamente detalladas en una lista oficial y en virtud, precisamente, de la acción de elementos o sustancias igualmente tasados. Por tanto, no cabe identificar enfermedad profesional con

ajena. Este concepto es 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.

6.1.2.2. Concepto enumerativo.

Un concepto “enumerativo”, que implica que la enfermedad debe ser consecuencia de las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe reglamentariamente.

Sobre este segundo concepto, la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de fecha 15 de mayo de 2000 (recurso núm. 282/1999), en el Fundamento segundo afirma que en el recurso que resuelve, el origen de la invalidez se encuentra la enfermedad y no en el accidente. La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de enero de 1991 (recurso núm. 373/1990) explica las diferencias de una y otro. Tiene en común tratarse de lesiones o detrimentos corporales que el trabajador sufre por razón de su trabajo y, por ello, el concepto legal de accidente de trabajo abarca también el artículo 156.2.e) LGSS a las enfermedades profesionales que no están incluidas en el artículo siguiente. Sin embargo, aquel detrimento está diferenciado conceptualmente porque el accidente produce la lesión súbitamente y la enfermedad profesional lo ocasiona a través de un proceso patológico. Desde un punto de vista legal, la diferencia estriba en que hay determinadas enfermedades que vienen atribuidas a concretas actividades laborales que han sido objeto de un listado previo. El concepto, pues, que de la enfermedad profesional da el artículo 157 de la LGSS no desvincula a ésta del accidente de trabajo, simplemente da una

enfermedad contraída por razón del trabajo. Su concepto legal es mucho más reducido, al precisarse que, además de ese requisito, concurra que tanto la enfermedad como la causa que la produce sean algunas de las que, por razón de la asiduidad con que se ocasiona, figuran en una lista oficial. De no estar incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales y, sin embargo, venir exclusivamente ocasionada por razón del trabajo desempeñado, su tipificación correcta es la de accidente de trabajo”

presunción a favor de su existencia cuando la enfermedad está catalogada y se contrae en una de las actividades previstas como causantes del riesgo. En el mismo sentido, se manifiesta la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 3 de diciembre de 2001 (recurso núm. 290/2001), la enfermedad profesional del artículo 157 de la LGSS no desvincula a ésta del accidente de trabajo, simplemente da una presunción a favor de su existencia cuando la enfermedad está catalogada y se contrae en una de las actividades previstas como causantes del riesgo."

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 26 de noviembre de 2001 (recurso núm. 104/2000), en el Fundamento Único, no identifica la enfermedad profesional con la enfermedad contraída por razón del trabajo porque exige la existencia de un nexo causal entre el trabajo ejecutado y las sustancias reglamentariamente determinadas, debiendo ser estos elementos externos los que ocasionen la enfermedad.

Siguiendo con el concepto enumerativo, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 30 de octubre de 2007 (recurso núm. 881/2007), dice que el alcance de la presunción legal de laboralidad de las enfermedades profesionales incluidas en la lista reglamentaria tiene en materia de Seguridad social la finalidad meramente instrumental de facilitar la acreditación de la protección reforzada de los riesgos profesionales, y no la finalidad sustantiva de diferenciar de manera significativa la intensidad de la protección dispensada. La presunción, en este caso, es que la enfermedad tiene naturaleza profesional cuando se trate de una listada y el beneficiario haya prestado sus servicios o realizado su actividad en las tareas o profesiones descritas en el cuadro.

6.1.2.3. La relación de causalidad.

Como hemos mencionado, según opinión de la doctrina laboralista, la LGSS al definir la enfermedad profesional, utiliza dos conceptos, uno etiológico y otro enumerativo, y una relación directa entre ellos. Debe existir una relación de causalidad pues la enfermedad profesional debe estar provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

Sobre esta relación de causalidad, también ha habido interpretación por los Tribunales. La Sentencia Tribunal Superior Justicia de Aragón de 10 de marzo de 2003, (recurso núm. 1003/2002), y la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 16 de junio de 2003, (recurso núm. 55/2003) ambas manifiestan que, la norma legal no identifica la enfermedad profesional con la enfermedad contraída por razón del trabajo porque exige la existencia de un nexo causal entre el trabajo ejecutado y los elementos externos reglamentariamente determinados, debiendo ser éstos los que ocasionen la enfermedad.

La Sentencia Tribunal Superior Justicia de Castilla y León, Valladolid, de 26 de noviembre de 2004 (recurso núm. 1322/2004), manifiesta que la presunción establecida en el artículo 116 de la LGSS, (ahora 157) en relación con el RD 1995/1078 está dirigida a eximir al trabajador víctima de la enfermedad profesional de la prueba de la relación de causalidad con el trabajo, pero no puede obstar a la calificación de las lesiones como accidente de trabajo cuando se considere probado que las mismas aparecen por causa de un elemento dañoso que haya de calificarse como tal.

Por su parte, la doctrina laboralista considera que la relación de causalidad entre trabajo enfermante y enfermedad es mucho más rígida y estrecha que en el accidente de trabajo, puesto que las circunstancias, agentes o sustancias en el ambiente de trabajo han de causar claramente la

enfermedad; de forma que no se puede producir con ocasión del trabajo por cuenta ajena, sino clara y directamente por consecuencia del mismo; y que la pieza clave del concepto de enfermedad profesional es la relación de causalidad estricta, de carácter triangular, entre el agente enfermante, la patología y la actividad, que permite diferenciarla del accidente de trabajo, en el que puede estar presente o no la acción lesiva de la sustancia.

Esto significa que quedaran fuera de la consideración como enfermedades profesionales todas aquellas que teniendo su origen en el trabajo no se encuentran entre las enumeradas en el cuadro de enfermedades profesionales, es decir, las denominadas enfermedades del trabajo del artículo 156. 2 e) de la LGSS, así como aquellas dolencias o enfermedades que se hubieran visto agravadas por la realización de un trabajo o que con el carácter de intercurrentes modifican o complican las consecuencias del accidente de trabajo, artículo 156. 2 f) y g) de la LGSS, y que en tales supuestos son consideradas como accidente de trabajo por la legislación vigente.⁷²³

El Tribunal Supremo ha interpretado, en la Sentencia de 25 de enero de 2006 (recurso núm. 2840/2004), que la existencia de una presunción del concepto de enfermedad profesional del artículo 116 (actual 157) de la LGSS cede ante una prueba en contrario, y para ello es suficiente demostrar que los efectos incapacitantes tiene lugar a consecuencia de la lesión constitutiva del accidente; de manera que incluso aunque una lesión traumática venga precedida de una patología por una enfermedad profesional ha de entenderse que se trata de un accidente de trabajo, puesto que tienen tal carácter las enfermedades que se agravan como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente de trabajo.

⁷²³ BLASCO LAHOZ, J.F.: "El concepto de enfermedad profesional y su interpretación judicial y doctrinal". *Revista de trabajo y seguridad social*. CEF. Núm. 308, 2008.

El concepto de enfermedad profesional en el marco de la normativa de Seguridad Social es reduccionista y, contrasta con la noción amplia prevista en la legislación de prevención de riesgos, en la que rige el concepto de riesgo laboral y daño relacionado con la actividad laboral. En este sentido, el artículo 4 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) define lo que se entiende por riesgo laboral como la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño del trabajo. La idea sobre la que gira la prevención de riesgos es la de evitar los daños derivados del trabajo, término en el que se incluyen los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, entendidos desde un punto de vista extenso como todas aquellas enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo, artículo 4.3 LPRL.

Dada la rigidez del sistema que contempla la LGSS se ha tratado de flexibilizar por la vía de la normativa de la prevención de riesgos, constituida por la LPRL y Reglamento Servicios de Prevención (en adelante RSP). En el ámbito de la prevención todas las enfermedades, entendidas como lesiones que pueden ser provocadas por el trabajo, son enfermedades profesionales o laborales, precisamente por esa conexión o relación con la actividad que se desarrolla. La causalidad exigida en materia de prevención de riesgos es mucho más laxa y distendida en comparación con la establecida por la LGSS. El trabajo y las condiciones de trabajo o características del trabajo constituyen el objeto de la norma de prevención y el referente de la enfermedad profesional, como riesgo laboral asociada a esas condiciones, que debe evitarse.

Por consiguiente, desde el punto de vista de la prevención, enfermedad profesional es toda enfermedad, patología, dolencia, afección, trastorno, que guarda una relación con el trabajo desempeñado, con independencia del alcance de esa conexión, ya sea una causalidad única y excluyente o

causalidad compartida. Basta que el trabajo, como factor causal, esté presente en el daño sufrido para calificar la enfermedad o dolencia como enfermedad laboral, termino equiparable o identificable con la enfermedad profesional.

Lo esencial, en el marco de la prevención de riesgos, es detectar las posibles dolencias relacionadas con el medio ambiente de trabajo y evitar los efectos nocivos del trabajo en la salud del trabajador. El concepto de enfermedad profesional, desde el punto de vista técnico-preventivo, es mucho más amplio que el concepto jurídico.

Otro elemento, destacable de la noción de la enfermedad profesional, a efectos de prevención de riesgos, es la amplitud en la configuración del trabajo causante del riesgo desde el punto de vista de los sujetos protegidos. En este ámbito se incluye como tal no solo la relación laboral que regula en el Estatuto de los Trabajadores sino también, las relaciones de carácter administrativo o estatutario del personal civil al servicio de las administraciones públicas, aunque con particularidades.

Por consiguiente, lo determinante no es el régimen jurídico del trabajo desarrollado sino el trabajo en sí mismo considerado, que puede desarrollarse en el ámbito de una empresa privada, una empresa pública, o en régimen de autonomía e independencia, en el caso de los trabajadores autónomos que están incluidos en el campo de aplicación de la Ley, incluyendo a los trabajadores de las Sociedades cooperativas.

Podemos concluir que la enfermedad profesional desde un punto de vista de la prevención de riesgos laborales equivale a cualquier daño ocasionado en la salud del profesional que provenga directa o indirectamente del desarrollo de su actividad laboral, entendiendo el trabajo, desde una perspectiva más amplia

que la limitada relación laboral incluida en el ámbito de aplicación del Estatuto de los Trabajadores⁷²⁴.

6.2. Noción de enfermedad profesional en nuestro Ordenamiento Jurídico.

La enfermedad profesional históricamente ha estado ligada a la reparación de sus efectos sobre la salud del trabajador. Desde la primera Ley de Accidentes de Trabajo de 1.900, conocida como Ley Dato, ha predominado la faceta reparadora del daño por encima de la perspectiva de la prevención, si bien esas normas reguladoras de la reparación de los riesgos profesionales han incluido algunas disposiciones preventivas en su articulado, como el recargo por omisión de medidas de seguridad. Otro elemento característico de la tutela jurídica de la enfermedad profesional ha sido su carácter limitado y estricto, que contrasta con el carácter flexible y abierto de la noción de accidente de trabajo.

El legislador ha querido con ello dar fijeza al concepto, y evitar que cualquier enfermedad o patología sufrida por el trabajador pudiera ser considerada como enfermedad profesional, en sentido técnico-legal, aunque tuviera alguna relación causal con la ocupación desarrollada. A modo de aproximación, puede afirmarse que en el cuadro legal de enfermedades profesionales son las que están, pero no están todas las que son, de manera que el concepto, ligado al elemento formal de inclusión en una lista, es insuficiente para abarcar todas las patologías de origen laboral.

⁷²⁴ MORENO CALIZ, S. "Aproximación al concepto de Enfermedad profesional", ob. cit., pág. 33-68

6.2.1. Concepto y elementos de enfermedad profesional.

El artículo 157 del LGSS define la enfermedad profesional, siguiendo con la tradición histórica-legislativa que arranca en la Ley de Bases de 1963, a partir de la concurrencia de tres elementos que son el trabajo por cuenta ajena, la formalización en una lista de las actividades y sustancias peligrosas y una doble relación de causalidad estricta entre el trabajo actividad y la enfermedad así como entre la acción de los elementos nocivos y la dolencia padecida.

En nuestro Derecho vigente la enfermedad profesional es un concepto legal establecido en la Ley General de Seguridad Social, cuyos límites conceptuales hay que deslindarlos con respecto a la noción de accidente de trabajo, caracterizado por la inexistencia de la nota de lentitud. Según generalizada doctrina se sobreentiende el carácter lento y progresivo de la enfermedad profesional frente al carácter súbito y violento del accidente de trabajo.⁷²⁵

Del artículo 157 LGSS resulta que, evidentemente tiene que haber una patología para poder hablar de enfermedad profesional, pero la ley no define el término de enfermedad, ya que la definición legal no proporciona ningún dato definitorio de la enfermedad, entendida como alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias parte del cuerpo. La Ley, únicamente, profundiza en los elementos que acompañan a la misma, esto es, la etiología u origen causal de aquella.

Parece tarea sencilla delimitar la enfermedad profesional, a la vista de su carácter legal, fijado y establecido por la ley, pero en la práctica resulta en ocasiones complicado deslindar la enfermedad profesional de las enfermedades laborales concebidas por el legislador como accidentes de

⁷²⁵ ALONSO OLEA, M. y TORTUERA PLAZA, J.L.: *Instituciones de la Seguridad Social*, Pamplona 2000, 17ª edición. Editorial Aranzadi, pág. 185.

trabajo, tal y como se pone de manifiesto en la praxis jurisprudencial, de ahí que algún autor sea partidario de considerar la enfermedad profesional como un accidente de trabajo con particularidades.⁷²⁶

La doctrina científica entiende que, en nuestro Derecho coexiste el principio general conforme al cual toda enfermedad profesional es accidente de trabajo, con una reglamentación específica para determinadas enfermedades profesionales, en cuanto las padezcan trabajadores al servicio de determinadas empresas. Pero, sobre lo que no cabe duda alguna, es respecto a los elementos que deben concurrir en el concepto de enfermedad profesional, que son trabajo por cuenta ajena, existencia de una lista y relación de causalidad, que paso a analizarlos a continuación.

6.2.1.1. Trabajo por cuenta ajena.

Una de las bases de la definición legal de enfermedad profesional es la realización de un trabajo por cuenta ajena, lo que quiere decir, de entrada, que se excluye la protección de la enfermedad de origen profesional adquirida por un trabajador autónomo, o por otros sujetos, pese a que hayan estado expuestos a la misma sustancia nociva con posibilidad de causar la enfermedad presente en el mismo medio laboral, lo que resulta criticable desde un punto de vista de la universalización de la protección del sistema de la Seguridad Social. Parece, a simple vista, que sólo los trabajadores por cuenta ajena pueden beneficiarse del régimen de protección de la enfermedad profesional. Pero esta regla general quiebra en algunas ocasiones, por un lado, en beneficio de la extensión de la protección de la enfermedad profesional a otros colectivos, es el caso de los que desarrollen prestaciones personales obligatorias de carácter y ámbito municipal en base al Decreto 2765/1976 y a normas que regulan la Administración local, o los que participan en procesos

⁷²⁶, ALONSO OLEA, M. y TORTUERA PLAZA, J.L.: *Instituciones de la Seguridad Social*, ob. cit., págs. 181-183.

electorales y, por otro, por la exclusión de determinados trabajadores por cuenta ajena del ámbito de protección de la enfermedad profesional .

Por consiguiente, puede decirse que el ámbito subjetivo de protección de la enfermedad profesional típico es el trabajador por cuenta ajena, entendiendo como tal aquel que encaja en la definición ofrecida por el artículo 7.1 a) al que remite el artículo 136 del LGSS que delimita la extensión del campo de aplicación del Régimen General, estos son, aquellos trabajadores que prestan sus servicios en las condiciones establecidas por el artículo 1.1 del Estatuto de los Trabajadores en las distintas ramas de la actividad económica o asimilados a ellos. Por consiguiente, los trabajadores protegidos por la contingencia de la enfermedad profesional son aquellos que voluntariamente presten sus servicios retribuidos por cuenta ajena y dentro del ámbito de organización y dirección de otra persona, física o jurídica, denominada empleador o empresario.

Respecto a las dificultades que se plantean para calificar una enfermedad como profesional cuando al momento de solicitar la prestación el trabajador se encuentra en situación de alta en el Régimen Especial del Trabajador Autónomo (en adelante RETA), momento este en el que se manifiesta la dolencia, son resueltas en la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala cuarta, de lo Social, el 18 de enero de 2.007 (recurso núm. 2827/2005), al examinar un supuesto en el que el demandante tras prestar servicios, como oficial 2ª, desde 30 de junio de 1964 a 31 de marzo de 1969, en una empresa donde se utilizaba como materia prima el amianto, cursa su alta en el RETA y tras varios años en este régimen reclama ante el INSS el reconocimiento de una invalidez permanente derivada de enfermedad profesional y le es denegada. Finalmente el Tribunal Supremo, en unificación de doctrina, resuelve declararlo en situación de invalidez permanente total derivada de enfermedad profesional toda vez que no se cuestiona el origen de su enfermedad, y que desde que cesó en la empresa no ha vuelto a estar en contacto con el amianto, señala

que no se plantea debate sobre la incapacitación que las dolencias provocan por cuanto es conocido que la enfermedad (asbestosis) es de lenta implantación y que puede presentarse muchos años después de estar en contacto con el amianto. Por tanto, de prosperar la tesis del INSS y de la sentencia recurrida, un trabajador que padece una muy grave dolencia consecuencia directa de un trabajo podría quedar excluido de protección legal si al presentarse la enfermedad no está prestando servicios en empresas de riesgo.

Pero, no sólo los trabajadores dependientes, incluidos en el régimen general están protegidos por el riesgo de enfermedad profesional, sino que también lo están los trabajadores por cuenta ajena de los regímenes especiales del mar, agrarios y de la minería del carbón.

En el ámbito de aplicación del régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos, se entiende por enfermedad profesional la contraída como consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta propia, en la actividad en virtud de la cual el trabajador está incluido en el campo de aplicación de dicho régimen especial, que está 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 establecido en el RD 1995/1978, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social, derogado por el vigente RD 1299/2006. Así se establece en el artículo 3.5 del RD 1273 / 2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia, y la ampliación de la prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia.

En el ámbito del régimen especial agrario de la Seguridad Social, el Texto Refundido de las Leyes 38 / 1966, y 41/1970 por las que se establece y regula el régimen especial agrario de la Seguridad Social, aprobado por Decreto 3773/1972, de 23 de diciembre, establecían que debía considerarse como enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo realizado, que determina su inclusión en aquel régimen especial siempre que este provocada por la acción de los elementos o sustancias, y en las actividades que se especifican en el cuadro Anexo al mismo Reglamento. Éste en la actualidad ha quedado derogado por el vigente RD 1299/2006, de 10 de noviembre.

6.2.1.2. El sistema “de lista”.

La definición de enfermedad profesional, ofrecida por el artículo 157 del TRLGSS, remite a una lista oficial de patologías para calificar la dolencia padecida como enfermedad profesional. Así, es necesario que la causa de la enfermedad sea una de las actividades que especifica el cuadro legal y, además, que la enfermedad se produzca por la acción de elementos o sustancias incluidas en dicho cuadro.

Por tanto, se exige un doble nexo causal, primero entre la enfermedad y la actividad, y después entre la enfermedad y las sustancias nocivas empleadas en el ejercicio del trabajo. Es necesario que concurren ambos requisitos, por lo que, la inclusión de la actividad en el cuadro no sería determinante por sí sola para reconocer la enfermedad profesional, sino que habrá que ver si, además, la enfermedad se ha producido por las sustancias listadas. Por consiguiente, es necesario conocer el sistema lista y sus características adoptado por el legislador español, así como el tratamiento que recibe por parte de la jurisprudencia.

El sistema de lista fija unas patologías asociadas a determinados trabajos con riesgo de enfermedad profesional. Sólo se consideraran enfermedades

profesionales las que están listadas y por ello se suele decir que es una lista cerrada.

La Jurisprudencia no es uniforme ni pacífica al respecto, así, hay sentencias, como la Sentencia Tribunal Superior de Justicia Comunidad Valenciana de 19 de julio de 1995 (recurso núm. 2276/1993) donde no se reconoce la enfermedad profesional silicosis⁷²⁷.

Sin embargo, la Sentencia Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias, Las Palmas, de 9 de marzo de 1993 (recurso núm. 74/1993), realiza una interpretación más flexible de la lista al reconocer como enfermedad profesional la fibrosis pulmonar de un expendedor de gasolina pese a no estar reconocida expresamente como tal la enfermedad sino la actividad desarrollada y el agente enfermante⁷²⁸.

6.2.1.3. La relación de causalidad estricta.

El elemento que distingue la enfermedad profesional es justamente el carácter único de la causa de la misma frente a la causalidad directa o mediata

⁷²⁷ En las que no se reconoce la enfermedad profesional silicosis producida en trabajo con chorro de arena al constatar que en el trabajo realizado no había presencia de la sustancia o agente enfermante, a saber el polvo de sílice, argumentando que el concepto legal de enfermedad profesional que define la LGSS es un concepto formal, menos amplio que el de accidente de trabajo. Ar/2035.

⁷²⁸ En esta sentencia se expresa la disparidad de criterios jurisprudenciales en relación a la flexibilidad de la lista de enfermedades profesionales. El magistrado del Tribunal Supremo, Desdentado Bonet, se muestra crítico con la jurisprudencia cuando interpreta la lista de enfermedades profesionales de forma abierta alegando que el cuadro debe interpretarse literalmente porque una interpretación abierta supone situar en un mismo nivel a las enfermedades profesionales listadas y las enfermedades del trabajo, porque si la lista se extiende aplicándose a las enfermedades que están relacionadas en actividades diferentes a las expresadas a la lista no habría diferencia entre enfermedad profesional y enfermedad del trabajo. Así la relación de causalidad consistiría en probar que el trabajo no listado produjo una enfermedad listada pero por otra actividad. Afirmando el magistrado del Tribunal Supremo que la lista es cerrada por mandato de la ley, y por tanto, no solo una garantía para el trabajador, sino también para los empresarios porque podrían incurrir en responsabilidades administrativas y penales por omisión de una serie de responsabilidades, siendo necesario conocer que existen riesgos para cumplir correctamente con las obligaciones.

del accidente de trabajo, aspecto que corrobora el contenido de los artículos 156 y 157 de LGSS.

De este modo, aquellas enfermedades de origen profesional que no tienen en el trabajo la causa exclusiva son consideradas accidentes de trabajo⁷²⁹.

En épocas anteriores la nota que caracterizaba la enfermedad profesional frente al accidente era la lentitud, frente al origen súbito del accidente de trabajo.

Otro de los tradicionales atributos de la enfermedad profesional es la cronicidad⁷³⁰ y el carácter previsible, frente a lo imprevisto del accidente de trabajo, caracterizado por esa acción súbita y violenta.

Sobre el carácter previsible se ha venido pronunciando tradicionalmente la doctrina, dado que va asociado a la idea de que ciertas actividades o profesiones generan determinadas patologías, consensuada con la ciencia médica. Sin embargo, existían discrepancias doctrinales en torno al carácter evitable/inevitable de la enfermedad profesional, considerando que el riesgo de enfermedad profesional era evitable frente al carácter inevitable del accidente de trabajo.

La singularidad de la enfermedad profesional, permite poder establecer una conexión de causalidad única y exclusiva entre el daño y el desarrollo de la actividad. La cronicidad de la misma es un atributo relevante, que junto a la

⁷²⁹ ALVAREZ DE MIRANDA, J.M.: "Enfermedad profesional. STS 22 de marzo de 1962", en *RISS* núm. 2-1963. Esa relación causal con el trabajo, en el caso de la enfermedad profesional no se manifiesta de manera tan clara como ocurre con el accidente propiamente dicho; de manera que no es tan visible esa relación causal. El carácter menos traumático o de consecuencias menos visibles en el organismo humano de la enfermedad profesional contrasta con el elemento súbito, traumático y violento de los accidentes de trabajo, precisamente este atributo es el que justifica el retraso de la regulación de la enfermedad profesional, sobre todo como consecuencia del menor carácter dramático.

⁷³⁰ BOSCH PARDO, J. "Enfermedades Profesionales", Barcelona 1957. Francisco Seix Editor.

peculiaridad de la acción, ha llevado a considerar determinadas patologías de frecuente manifestación en determinados trabajos como enfermedades profesionales.

La enfermedad profesional difiere de la enfermedad común precisamente por el origen laboral de la primera frente a la causalidad extraprofesional de la segunda. La enfermedad común que puede mermar la salud del trabajador no tiene un nexo causal con el trabajo sino con otros factores externos al trabajo.

La causalidad exigida en el caso de la enfermedad profesional es mucho más estricta que en el supuesto de accidente de trabajo, lo cual genera, por otro lado, seguridad en la calificación jurídica y libera al trabajador de probar el origen profesional de la dolencia padecida.

Así, se puede afirmar que no cabe equiparar enfermedad relacionada con el trabajo y enfermedad profesional, pues no toda enfermedad relacionada con el trabajo es una enfermedad profesional, si bien toda enfermedad profesional tiene relación con el trabajo desarrollado, ya que el legislador ha querido reconocer como enfermedades profesionales aquellas catalogadas como tales previamente en un cuadro⁷³¹.

En este sentido⁷³², la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón, de 16 de junio de 2.003 (recurso núm. 55/2003), reiteró que las normas

⁷³¹ ALVAREZ DE MIRANDA, J.M.: "Enfermedad profesional STS 22 de marzo de 1962", ob. cit. El autor distinguía entre enfermedades de trabajo, en el que se incluyen las enfermedades profesionales, y otras enfermedades relacionadas con el trabajo, incluidas en el concepto legal de accidente. En el primer grupo existe un elemento en común que es que la enfermedad y el trabajo se relacionan directamente, sin haber traumatismo violento y súbito, sino sólo evolución biológica de una dolencia que tiene sus raíces en el trabajo prestado en el segundo, la enfermedad coexiste con el traumatismo, ya sea provocando el mismo conjuntamente con el trabajo (siendo la enfermedad una concausa) o bien apareciendo a raíz del traumatismo, siendo desencadenadas con él, o bien apareciendo durante la curación de la dolencia originada por el traumatismo (enfermedad intercurrente).

⁷³² BLASCO LAHOZ, J.F.: *"Enfermedades profesionales, legislación, doctrina y jurisprudencia. Valencia, (tirant lo blanc), 2009, pág. 79.*

legales no identifican la enfermedad profesional con la enfermedad contraída por razón del trabajo porque exigen la existencia de un nexo causal entre el trabajo ejecutado y las sustancias reglamentariamente determinadas, debiendo ser estos elementos externos los que ocasionen la enfermedad.

Por otra parte, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, de 30 de marzo de 2004 (JUR 2004/154808), declaró que la calificación de enfermedad profesional ha de basarse no sólo en la existencia de una enfermedad, entendida como proceso lento y progresivo, sino que ha de concurrir una relación de causalidad en base a la lista legal de enfermedades profesionales, en relación con las actividades y por la acción de los elementos y sustancias que en la misma se indican.

También la Sentencia Tribunal Superior Justicia de Castilla y León, Valladolid, de 26 de noviembre de 2004 (recurso núm. 1322/2004), entendió que la presunción que establece el artículo 116, (actual 157) de la LGSS, en relación con el RD 1995/1978, está dirigida a eximir al trabajador víctima de la enfermedad profesional de la prueba de la relación de causalidad del trabajador.

En idéntico sentido⁷³³, la Sentencia Tribunal Superior Justicia del País Vasco de 2 de marzo de 2006 (recurso núm. 2449/2005), afirmó que el nexo viene automáticamente reconocido en la descripción de las enfermedades profesionales que hace el cuadro reglamentario al anudar la práctica de determinadas profesiones o en determinados ambientes o contactos con agentes físicos o químicos a concretas enfermedades.

El legislador ha presumido enfermedades profesionales aquellas incluidas en el cuadro, como expresa MARTINEZ BAROSO⁷³⁴ presunción legal que no

⁷³³ BLASCO LAHOZ, J.F.: *“Enfermedades profesionales, legislación, doctrina y jurisprudencia. Valencia, (tirant lo blanc), 2009, pág. 82.*

⁷³⁴ MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo, ob. cit., pág. 53.*

admite prueba en contrario, mientras que las enfermedades con causalidad única no catalogadas gozan de la presunción legal de accidente de trabajo, sin posibilidad de probar que son enfermedades profesionales, a tenor del sistema vigente de calificación.

Como señala la jurisprudencia citada anteriormente, la diferencia entre enfermedad calificada como accidente de trabajo y la enfermedad profesional listada no afecta a aspectos esenciales del régimen jurídico, según MORENO CALIZ⁷³⁵, sino a determinados aspectos accesorios como el de la prueba del nexo causal lesión-trabajo, que es necesaria en el supuesto del accidente de trabajo artículo 156.2.e) de la LGSS, y que no lo es, por el juego de una presunción legal, en las enfermedades profesionales del artículo 157 de la LGSS.

Las enfermedades laborales por su etiología causal, como expresa MORENO CALIZ⁷³⁶, que son accidente de trabajo desde un punto de vista legal, son calificadas por la doctrina como enfermedades del trabajo, cuya delimitación se realiza en un sentido negativo, ya que son tales enfermedades aquellas que no son accidente de trabajo en sentido estricto, ni tampoco enfermedades profesionales, ni enfermedad común.

Las enfermedades del trabajo se pueden definir, en un sentido amplio, como expresa MORENO CALIZ⁷³⁷, como las enfermedades que sufra el trabajador, tanto de naturaleza profesional como de naturaleza común, siempre que tengan su causa u origen en el trabajo. Se trata de enfermedades equiparadas en su tratamiento al accidente de trabajo, dada la existencia de un nexo causal entre la enfermedad y el trabajo.

⁷³⁵ MORENO CALIZ, S.: "Aproximación al concepto de Enfermedad Profesional", ob. cit., pág. 61.

⁷³⁶ MORENO CALIZ, S.: "Aproximación al concepto de Enfermedad Profesional", ob. cit., pág. 61.

⁷³⁷ MORENO CALIZ, S.: "Aproximación al concepto de Enfermedad Profesional", ob. cit., pág. 62.

Desde un sentido estricto, como expresa MORENO CALIZ⁷³⁸, pueden considerarse sólo como enfermedad del trabajo aquellas enfermedades profesionales que no hayan estado listadas, de modo que el resto de enfermedades que pudiera sufrir el trabajador por ocasión o como consecuencia del trabajo, pese a tener su origen inmediato en el trabajo, supone que éstas no quedarían amparadas como enfermedad profesional sino que se incluirían en el concepto legal de accidente de trabajo previsto en el artículo 156.2.e) de la LGSS.

Teniendo en cuenta la literalidad del precepto y la evolución histórica legislativa de las contingencias profesionales, parece más adecuado sostener el criterio restrictivo, entendiendo que el artículo 156.2.e) LGSS es una cláusula de cierre de la protección de las enfermedades profesionales del artículo 157 LGSS, de modo que lo que está protegiendo el legislador son aquellas enfermedades profesionales que no han sido catalogadas como tales, pero que podrían serlo en un futuro.

La enfermedad profesional, desde un punto de vista legal, se corresponde con el concepto formal que exige su inclusión en un catálogo pero, desde una perspectiva más amplia, como expresa MORENO CALIZ⁷³⁹, también incluye el concepto de enfermedad vinculada de forma exclusiva al trabajo, pese a no estar reconocida como tal por el legislador sino como accidente de trabajo.

El problema que se plantea en la actualidad es la presencia de enfermedades o patologías de origen multifactorial. Es difícil hallar cuadros clínicos monofactoriales como los que caracterizaban a las enfermedades profesionales clásicas, según MORENO CALIZ⁷⁴⁰, es el caso de la silicosis del minero o la sordera de los caldereros, pues es difícil aislar el trabajo como

⁷³⁸ MORENO CALIZ, S.: "Aproximación al concepto de Enfermedad Profesional", ob. cit., pág. 62.

⁷³⁹ MORENO CALIZ, S.: "Aproximación al concepto de Enfermedad Profesional", ob. cit., pág. 62.

⁷⁴⁰ MORENO CALIZ, S.: "Aproximación al concepto de Enfermedad Profesional", ob. cit., pág. 60; LOPEZ GANDIA, J. y AGUDO DIAZ, J.: *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 10.

causa exclusiva de la lesión. La aparición de nuevas sustancias químicas en los procesos industriales provoca, a su vez, la generación de enfermedades nuevas, que pueden no estar incluidas en la lista oficial de enfermedades profesionales.

Las enfermedades profesionales tradicionales provocadas por agentes químicos están controladas, en el sentido de que son fácilmente identificables, lo que contrasta con las intoxicaciones por agentes enfermantes no estudiados o que en combinación con otros producen efectos en la salud desconocidos, como ocurrió con el síndrome Ardystil, en el que la presencia de ocho sustancias químicas conocidas pero que actuando conjuntamente producen consecuencias fatales e impredecibles⁷⁴¹.

La tendencia en la actualidad es a considerar un concepto más amplio, como es el de enfermedad del trabajo, enfermedad de carácter no específico por su origen multicausal, entre las que se halla el trabajo en sí, ya sea como elemento causal, o de agravación o de aceleración de la enfermedad. Por ello resulta más adecuado el sistema abierto de indemnización de enfermedades profesionales, que permite reparar los daños producidos por cualquier enfermedad que se demuestre que tiene alguna vinculación con el trabajo.

Por su parte considera GONZALEZ ORTEGA⁷⁴², que la enfermedad profesional es una especie de enfermedad del trabajo, como de hecho está previsto por el legislador al establecer legalmente que la enfermedad del trabajo es un accidente de trabajo, porque las enfermedades causadas por el trabajo que define el artículo 157 LGSS son las profesionales.

⁷⁴¹ VENTURI, A. "Los Fundamentos Científicos de la Seguridad Social", Madrid 1994 (MTSS), pág. 152.

⁷⁴² GONZALEZ ORTEGA, S.: "Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia". En *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 40.

CAPITULO VII

LA LISTA OFICIAL DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

7.1. La lista oficial de enfermedades profesionales del RD 1995/1978.

Para calificar una enfermedad como profesional, el artículo 157 LGSS remite a una lista oficial, tal y como se ha descrito en el capítulo segundo referido a la enfermedad profesional en las normas internacionales. Así, cuando se adoptaron tanto la Recomendación número 194 de la OIT en 2002 como la Recomendación número 670 de la Unión Europea en 2003, en nuestro ordenamiento jurídico ya estaba vigente la lista recogida en el RD 1995/1978 de 12 de mayo, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁷⁴³. Esta lista, por una parte, carecía de tener un carácter sistemático, por otra parte necesitaba de la concreción porque no se especificaban criterios técnicos de inclusión y exclusión, por lo que complicaba la tarea de diagnóstico de los facultativos, motivo por el que se introdujo cierto grado de flexibilidad en la lista por la jurisprudencia, y por último el hecho de estar configurada la lista de una manera tan rigurosa, porque solo consideraba patologías o actividades de origen unicausal y no de aquellas que podían derivar de múltiples causas⁷⁴⁴, y sobre todo porque se había convertido en un sistema desfasado, porque no recogía que eran de reconocido origen profesional e identificadas últimamente.

Por otra parte, también la doctrina en general, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁷⁴⁵, era partidaria de una necesaria revisión del sistema

⁷⁴³RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 113

⁷⁴⁴SEMPERE NAVARRO, A.V.: "La protección de la enfermedad profesional. ob. cit. BIB 2001/731; MORENO CALIZ, S.: "La tutela de la enfermedad profesional, ob. cit. BIB 2001/990.

⁷⁴⁵RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 114.

rígido de lista, y de una interpretación amplia por la jurisprudencia.

7.1.1. Circunstancias que determinan la necesidad de una nueva lista.

Uno de los defectos de la lista de enfermedades profesionales del RD1995/1978, como expresa LOPEZ GANDIA⁷⁴⁶, era la falta de actualización de la lista y la adaptación de la misma a los cambios tecnológicos, a la forma de trabajar y a las nuevas formulas que se utilizan en los procesos de producción. Además, es importante recordar que de las dolencias que padece el trabajador la mayoría son enfermedades, que de alguna manera, están vinculadas con el trabajo.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales el 8 de noviembre 1995, en el artículo 6.1.g) establece que “el gobierno, a través de las correspondientes normas reglamentarias y previa consulta a las organizaciones sindicales y empresariales más representativas, debía regular el procedimiento de calificación de las enfermedades profesionales, así como requisitos y procedimientos para la comunicación e información a la autoridad competente de los daños derivados del trabajo”. A partir de la publicación de ésta Ley, como describe MORENO CALIZ⁷⁴⁷, se creó la Comisión Nacional de Seguridad y Salud, y dentro de la Comisión se constituye, en 1998, el Grupo de Trabajo de Enfermedades Profesionales, siendo en ésta comisión donde se originaron los trabajos de la reforma de la lista de enfermedades profesionales.

Por tanto, a partir de este momento, se emprende un proceso de análisis para proceder a realizar una nueva regulación de enfermedades profesionales,

⁷⁴⁶ LOPEZ GANDIA, J.: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág.25.

⁷⁴⁷ MORENO CALIZ, S.: “Análisis de la reforma de las enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias”, en *Tribuna Social: Revista de Seguridad Social y Laboral*, núm. 203-2007. págs. 15-26.

como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁷⁴⁸, y se realizaron diferentes estudios⁷⁴⁹, estudios que fueron la guía de la Declaración para el Diálogo Social de julio 2004, declaración que fue suscrita por el Gobierno y las organizaciones sindicales y empresariales. Uno de los principales objetivos del Sistema de Seguridad Social, que recogía el documento, es la propuesta de reforma del sistema de información de las enfermedades profesionales, para poder obtener que se declare un mayor número de enfermedades y eliminar los aspectos negativos que existían.

La evidencia de la existencia de la necesidad de reformar el cuadro de enfermedades profesionales y el sistema de notificación, como describe MORENO CALIZ⁷⁵⁰, se produce, tras la Declaración para el Dialogo Social de 2004, en el Acuerdo sobre medidas en materia de Seguridad Social, suscrito el 13 de julio 2006, acuerdo del que emana la nueva regulación, como antecedente más inmediato del RD 1299/2006 de 10 de julio, por el que se aprobó el nuevo cuadro de enfermedades profesionales, siendo ésta la regulación actual.

Como ya se establecía en el artículo 6 de la Ley de Prevención de Riesgos Profesionales de 1995, como expresa MORENO CALIZ⁷⁵¹, dos son las líneas que se pretendían con esta reforma: por una parte, el sistema de notificación y registro de las enfermedades profesionales y, por otra parte, la calificación de la enfermedad profesional de conformidad con el nuevo cuadro de enfermedades profesionales que se aprueba en el sistema de la Seguridad

⁷⁴⁸RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 115.

⁷⁴⁹"Estudio del sistema de información de enfermedades profesionales" en 1999; "Informe sobre riesgos laborales" en 2001.

⁷⁵⁰MORENO CALIZ, S.: "Análisis de la reforma de las enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias", ob. cit. págs. 15-26.

⁷⁵¹MORENO CALIZ, S.: "Análisis de la reforma de las enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias", ob. cit. págs. 15-26.

Social, y como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁷⁵², es el quinto⁷⁵³ que se aprueba en la historia desde que se reconoció la enfermedad profesional.

7.2. Vigente ordenación del cuadro de enfermedades profesionales: Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre.

La elaboración del cuadro de enfermedades profesionales se realiza por RD 1299/2006, de 10 de noviembre (BOE 19-12), que entró en vigor el 1 de enero 2007, deroga al anterior RD 1995/1978, de 12 de mayo, adoptando, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁷⁵⁴, los criterios que se establecen en la normativa comunitaria, Recomendación 2003/670/CE de 19 de septiembre, DOUE 238/28, de 25 de septiembre 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales, y como se establece en la introducción, uno de los prioritarios objetivos de esta regulación es acomodar la lista vigente a la realidad productiva actual y a los nuevos procesos productivos y de organización, debido a que se han realizado importantes avances productivos en los procesos industriales, sobre todo al incorporar nuevos elementos y sustancias, y sobre todo, debido a las investigaciones con resultados productivos, tanto en el ámbito científico como médico, permiten con mayor rapidez y con mejor conocimiento el proceso de aparición de algunas enfermedades profesionales y la vinculación con el trabajo.

Es evidente la tradición de regular en nuestro país el listado de enfermedades profesionales en normas reglamentarias, Decretos o Reales

⁷⁵²RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 115.

⁷⁵³ 1ª la Ley de enfermedades profesionales de 13 de julio 1936; 2ª el Decreto 10 de enero 1947, en su Anexo recoge un cuadro ampliable; 3ª Decreto 792/1961 13 de abril, reglas específicas para proteger a las enfermedades más frecuentes; 4ª RD 1995/1978 2 de mayo.

⁷⁵⁴RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 115.

Decretos, como el actual RD 1299/2006, en este sentido se expresa LANTARÓN BARQUÍN⁷⁵⁵, y como se establece en la Exposición de motivos, ha sido oída la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, y consultadas las organizaciones sindicales y asociaciones empresariales más representativas, previa propuesta del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, que después paso a denominarse Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, y tras el Real Decreto 2/2020, de 12 de enero⁷⁵⁶, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales, se organiza en dos, Ministerio de Trabajo y Economía Social y Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

El artículo 157 LGSS define la enfermedad profesional siguiendo con la tradición histórico-legislativa que se inicia con la Ley de Bases de 1936, como expresa MORENO CALIZ⁷⁵⁷, con la formalización en una lista de las actividades y sustancias peligrosas y una doble relación de causalidad estricta entre el trabajo y la actividad y la enfermedad, así como entre la acción de los elementos nocivos y la dolencia padecida.

El RD 1299/2006 de 10 de noviembre no es una nueva regulación o definición del concepto de enfermedad profesional, como expresa LOPEZ GANDIA⁷⁵⁸, ni siquiera en apariencia se modifica el sistema lista contemplado en la LGSS, el artículo 157 es susceptible de pretender una evolución hacia un sistema más flexible y abierto, por tanto, para llegar al modelo vigente no era obligatorio modificar la LGSS, era suficiente con modificar el cuadro de enfermedades profesionales previsto en el RD 1995/1978.

⁷⁵⁵ LANTARÓN BARQUÍN, D.: “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”, en *Relaciones Laborales: Revista Crítica de Teoría y Práctica*, núm. 1-2008, págs. 413-451.

⁷⁵⁶ El RD 2/2020, de 12 de enero 2020, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales. El Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social se estructura en dos, el Ministerio de Trabajo y Economía Social y el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. BOE 13-01-2020.

⁷⁵⁷ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. un estudio de su prevención*, ob. cit. pág. 46.

⁷⁵⁸ LOPEZ GANDIA, J.: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 29.

Solo exige el artículo 157 LGSS un cuadro de actividades y que las enfermedades estén producidas por la acción de elementos y sustancias que se indican en dicho cuadro, por lo que solamente se encontraría una limitación y es que se trate de un sistema lista y no judicial, como expresa LOPEZ GANDIA⁷⁵⁹, el RD 1299/2006 tiene competencia suficientes para determinar un sistema más o menos abierto o cerrado sin necesidad de modificar el régimen establecido en la LGSS.

Por otra parte, considera RODRIGUEZ SANTOS⁷⁶⁰, aunque la principal contribución del RD 1299/2006 ha consistido en la reestructuración del cuadro oficial contribuyendo a realizar con más precisión la consideración de las dolencias, así como contribuyendo a simplificar y organizar las actividades profesionales, pero no se trata solo de una mera revisión de la lista en cuanto al número de actividades, enfermedades, profesiones, sustancias, sino que se advierte una evolución en la manera de configurar el modelo de lista cerrada y taxativa hacia un sistema más abierto y flexible, como mínimo en cuanto a la forma.

Si comparamos la lista del Anexo I del RD 1299/2006 con la anterior derogada, como expresa LOPEZ GANDIA⁷⁶¹, se observa que los agentes y enfermedades de la lista de 1978 no han desaparecido, es más, muchos de ellos, figuran formulados textualmente en idénticos términos al no resultar inadecuados ni anticuados, por tanto se considera más una revisión y actualización que de una lista completamente nueva, exceptuando algunas novedades que son originales.

⁷⁵⁹ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 31.

⁷⁶⁰ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 115.

⁷⁶¹ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 36.

7.3. Novedades del Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre.

1.- El cuadro de enfermedades que se establece en la legislación española con el RD 1299/2006 presenta una importante novedad, al seguir la Recomendación europea de 2003/670/CE, incorpora la doble lista de la normativa comunitaria, como expresa MORENO CALIZ⁷⁶², y se amplía la lista original. El cuadro comprende dos listas, la incluida en el Anexo I que comprende las enfermedades que tienen un origen profesional de manera indubitada, y el Anexo II que comprende aquellas enfermedades que se sospecha el origen profesional, que en un futuro pueden pasar a aumentar la primera lista de confirmarse su origen profesional.

Por tanto, hay una modificación en la estructura del catálogo, como describe RODRIGUEZ SANTOS⁷⁶³, que se articula de una manera muy parecida a la establecida en la Recomendación comunitaria, la lista incluida en el Anexo I recoge enfermedades profesionales donde el origen profesional se ha demostrado científicamente, y la lista incluida en el Anexo II es complementaria a la anterior y recoge las enfermedades cuyo origen y carácter profesional se sospecha, pero no se ha demostrado científicamente.

En opinión de MORENO CALIZ⁷⁶⁴, de esta doble lista recogida en el RD 1299/2006 habría que modificar la redacción del artículo 157 LGSS, por cuanto se refiere al cuadro de enfermedades profesionales y se debería especificar a cuál de las dos listas se incluye en el concepto de enfermedad profesional. Pero, a pesar de no haber procedido a reformar el artículo, el precepto 1 del RD 1299/2006 equipara el cuadro de enfermedades

⁷⁶² MORENO CALIZ, S.: "Análisis de la reforma de la enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias", ob. cit. pág. 15-26.

⁷⁶³ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 116.

⁷⁶⁴ MORENO CALIZ, S.: "Análisis de la reforma de la enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias", ob. cit. pág. 15-26.

profesionales con el Anexo I, y por tanto dejando fuera del mismo la lista complementaria del Anexo II.

2.- La doctrina judicial, de manera mayoritaria, con anterioridad entendía que el sistema español era un sistema de lista cerrado, pero no inalterable⁷⁶⁵, como se observa en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 17 de mayo 2004 (recurso núm. 1010/2004). Con la entrada en vigor del RD 1299/2006, para la doctrina judicial cobra una mayor importancia, como expresa LOPEZ GANDIA⁷⁶⁶, porque a pesar de que la nueva lista no es un sistema mixto, en muchos de los epígrafes, y al establecer la configuración por sectores enteros⁷⁶⁷, por profesiones u oficios o los agentes se establecen como ejemplos, permite que la lista se abra y permita al juez un amplio margen de interpretación, se está reconociendo de manera implícita por una parte que la lista pudiera quedar desfasada y al mismo tiempo que no pasen tantos años entre la lista y la actualización.

3.- En los grupos I y 5 del Anexo I como expresa MORENO CALIZ⁷⁶⁸, estos grupos queda clara la conexión y relación entre agente y actividad, pero no se describe la enfermedad, no se fija la triple columna en donde se identifican agentes o sustancias, enfermedades y actividades o trabajos, los elementos que forman la definición del artículo 157 LGSS, pero en el borrador inicial del año 2005 si se establecían, en los grupos 1 y 5 no se establecen enfermedad y actividad y en los otros grupos se describen algunas, como el caso de la hipoacusia o sordera.

⁷⁶⁵ Doctrina importante que se puede trasladar y aplicar tras la nueva normativa, en esta sentencia se declara la epicondilitis como enfermedad profesional a una trabajadora, de profesión limpiadora, entendiendo que se trata de un supuesto de número apertus cuando se trate de profesiones coincidentes en la exigencia de movimientos de las extremidades superiores afectando a los tendones supraespinoso.

⁷⁶⁶ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", ob. cit. pág. 31.

⁷⁶⁷ Construcción, cerámica, fotografía, madera.

⁷⁶⁸ MORENO CALIZ, S.: "Análisis de la reforma de las enfermedades profesionales virtudes y deficiencias", en *Tribuna Social*, ob. cit. págs. 15-26.

Pero esta falta, la ausencia de patología, se ha resuelto, en cierta medida, por la Disposición final primera del RD 1299/2006 que ruega a los órganos técnicos de los Ministerios de Trabajo migraciones y Seguridad Social, y al Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, para que creen un índice de criterios médicos para describir los síntomas y que puedan servir como fuente de información y ayuda para su diagnóstico.

4.- La confección del cuadro vigente se ha mejorado considerablemente en relación al listado de 1978, que se configuraba en seis grandes apartados, correspondientes a seis letras mayúsculas A a la F, y los apartados se estructuraban en subgrupos numerados, en este sentido se expresa LANTARÓN BARQUÍN⁷⁶⁹, en cambio, el listado del RD 1299/2006 es más sistemático en la configuración de los cuadros, que se organizan por grupos numerados, agentes, subagentes, actividades, códigos y enfermedades profesionales con relación de las principales actividades que puedan producirlas.

5.- La lista es más extensa y está mejor definida, hay un mayor número de enfermedades en el listado, como describe RODRIGUEZ SANTOS⁷⁷⁰, por cuanto incluye enfermedades que no contemplaba la Recomendación comunitaria, por ejemplo las enfermedades causadas por radiaciones no ionizantes, pero, en cambio, si estaban previstas en la Recomendación 194 de la OIT de 20 de junio de 2002.

Además se añade un grupo nuevo, específico para cánceres profesionales que tras el RD 257/2018 de 4 de mayo incorporó un nuevo agente el polvo de sílice.

⁷⁶⁹ LANTARÓN BARQUÍN, D.: "Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica", en *Relaciones Laborales: Revista Crítica de Teoría y Práctica*, núm. 1-2008, págs. 413-451.

⁷⁷⁰ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 116.

Se añaden más de 50 patologías y se eleva el número de elementos y sustancias a tener en cuenta que pueden provocar una enfermedad profesional, pasando de 71 actividades del anterior lista a 141 del RD 1299/2006 cuando entró en vigor.

Se incrementa el número de nuevos trabajos o tareas, y como se describen con mayor concreción las ocupaciones de la lista facilita su reconocimiento, sobre todo cuando la lista se refiere a principales actividades, que pueden producir enfermedades relacionadas con el agente, esta novedad es el resultado de las investigaciones científicas y médicas porque han proporcionado un conocimiento mayor de los procesos en que se genera una enfermedad y la manera de manifestarse determinadas patologías. Para ello se han tenido en cuenta los avances ocasionados en los procesos de producción donde se han incluido tanto los elementos como sustancias nuevas que pueden generar este tipo de enfermedades.

6.- Una novedad importante que incluye el RD 1299/2006 en el artículo 2, como expresa MORENO CALIZ⁷⁷¹, es el tema de la actualización del cuadro de enfermedades profesionales, se podrá realizar mediante una doble vía.

Por una parte, no se ha alterado el procedimiento de modificación por la autoridad administrativa, y no por los órganos jurisdiccionales, pero con la innovación de que se requiere el informe previo de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo, este órgano fue creado por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en el artículo 13, además especifica que los informes técnicos en los que se base la modificación se deberá confeccionar por una comisión técnica conjunta de dos ministerios, el Ministerio de Trabajo Migraciones y Seguridad Social y el Ministerio de Sanidad Consumo y

⁷⁷¹ MORENO CALIZ, S.: "Análisis de la reforma de la enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias", ob. cit., pág. 15-26.

Bienestar Social, por tanto se verán implicados dos ministerios en la modificación, el Ministerio de Trabajo Migraciones y Seguridad Social⁷⁷², que propondrá la modificación y el Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social que realizará el informe previo preceptivo para incluir la misma⁷⁷³.

De manera simultánea, también se reconoce una actualización automática, más ágil, a medida que la lista europea incorpore enfermedades profesionales éstas se incluirán en la lista española por el Ministerio de Trabajo Migraciones y Seguridad Social, previo el informe el Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, de conformidad con el artículo 2.2 del RD 1299/2006.

7.- Una novedad importante se refiere al ámbito subjetivo de aplicación de la nueva lista, la Disposición Derogatoria Única por la que se derogan cuantas disposiciones de igual rango se opongan al RD 1299/2006, y además de manera expresa se deroga el RD 1995/1978, así como el cuadro de enfermedades profesionales y la lista de trabajos con riesgo de producirlas, que figura como Anexo en el Decreto 3772/1972, de 23 de diciembre⁷⁷⁴, por el que

⁷⁷² El RD 2/2020, de 12 de enero 2020, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales. El Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social se estructura en dos, el Ministerio de Trabajo y Economía Social y el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Y el Ministerio de Sanidad y Consumo se estructura en dos, el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Consumo. BOE 13-01-2020.

⁷⁷³ Con el RD 1995/1978 se habilitaba al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales para incluir las variaciones oportunas, como sucedió en los dos únicos casos que se había actualizado.

⁷⁷⁴ El Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social, era el único colectivo de trabajadores que contaba con un cuadro de aplicación especial de enfermedades profesionales, derivado de la particularidad de la actividad agraria que realizaban los trabajadores, donde habían una serie riesgos y patologías laborales inseparables a la actividad que realizaban. No obstante resulta sorprendente, que los trabajadores del mar, tanto por cuenta ajena como por cuenta propia, que están incluidos en un Régimen Especial de la Seguridad Social, RD 3255/1983 de 21 de diciembre; ni los trabajadores de la minería del carbón, que también están integrados en un Régimen Especial de la Seguridad Social, regulados por Ley 47/2015 de 21 de octubre, reguladora de la protección social de las personas trabajadores del mar, han gozado de una protección similar a la que han disfruta los trabajadores agrarios, una protección independiente y propia que tuviera en cuenta los riesgos concretos y las enfermedades que derivasen de la exposición a éstos, siempre, tanto el régimen del mar como el de la minería del carbón, integrados en el cuadro de enfermedades profesionales, desde el origen de la contingencia.

se aprobó el Reglamento general del Régimen Especial agrario de la Seguridad Social. Así, como expresa MORENO CALIZ⁷⁷⁵, se procede a la unificación de las listas de enfermedades profesionales que existía para los trabajadores por cuenta ajena, sobre todo del sector servicios, que estaban incluidos en el Régimen General, y los trabajadores por cuenta ajena del sector agrario. En la misma línea, se expresa LANTARÓN BARQUÍN⁷⁷⁶, al establecer que se trata de una norma codificadora, en defensa de la seguridad jurídica al reunir en la misma regulación el ámbito agrario.

Con esta derogación, que realiza el RD 1299/2006 de manera expresa, que es consecuencia de la línea iniciada por el acuerdo parlamentario de abril de 1995, Recomendación 6ª del Pacto de Toledo, solo habrá una lista de enfermedades profesionales aplicable a todos los trabajadores por cuenta ajena y a los trabajadores por cuenta propia, como expresa MORENO CALIZ⁷⁷⁷, con independencia del Régimen de la Seguridad Social en el que estén integrados, por cuanto para los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, ya se venía aplicando el cuadro de enfermedades profesionales del RD 1955/1978 precisamente, la Ley 52/2002 de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, establece que se aplicará la protección por contingencias profesionales a los trabajadores por cuenta propia incluidos en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos; en esta Disposición se define el concepto de enfermedad profesional para este gremio, que a su vez, se recoge en la vigente LGSS de 2015, en el artículo 316.2, concepto que coincide con el previsto para los trabajadores del Régimen General, “Se entenderá por enfermedad

⁷⁷⁵ MORENO CALIZ, S.: “Análisis de la reforma de la enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias”. ob. cit. pág. 15-26.

⁷⁷⁶ LANTARÓN BARQUÍN, D.: “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”, en *Relaciones Laborales: Revista Crítica de Teoría y Práctica*, núm. 1-2008, págs. 413-451.

⁷⁷⁷ MORENO CALIZ, S.: “Análisis de la reforma de la enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias”, ob. cit., pág. 15-26.

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 las enfermedades profesionales con las relaciones de las principales actividades capaces de producirlas, Anexo al RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su modificación y registro”.

Por su parte, puede valorarse positivamente, como expresa MORENO CALIZ⁷⁷⁸, la unificación de las listas para todos los sujetos protegidos por las contingencias profesionales, criterio que también ha seguido la normativa europea e internacional.

8.- En la Exposición de Motivos del RD 1299/2006 ya se expresa las deficiencias que existían en el sistema de notificación del anterior RD 1995/1978, como expresa LOPEZ GANDIA⁷⁷⁹, mediante un procedimiento ineficiente al no tener suficiente vinculación con el profesional médico que es competente para calificar la contingencia o con el que pueda diagnosticar una sospecha de enfermedad profesional. Por tanto entre las causas de la infradeclaración de la enfermedad profesional que existía se debían al propio sistema de notificación y declaración.

Se reconoce una mayor implicación de los servicios médicos, según expresa GARCIA COCA⁷⁸⁰, tanto del Sistema Nacional de Salud como de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, donde se les concede la capacidad de notificar las enfermedades que puedan tener causa profesional

⁷⁷⁸ MORENO CALIZ, S.: “Análisis de la reforma de la enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias”. ob. cit. pág. 15-26.

⁷⁷⁹ LOPEZ GANDIA, J.: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 31.

⁷⁸⁰ GARCIA COCA, O.: “Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC. La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 282.

pero, por otra parte, considera AGUDO DÍAZ⁷⁸¹, se genera un problema para el colectivo de profesionales, los médicos del centro de salud, que disponen de poco tiempo para atender a cada paciente y realizar las múltiples tareas administrativas, por lo que no se podrán ver todas las enfermedades profesionales.

9.- El enunciado de cada grupo se refiere a enfermedades causadas, no producidas como establecía el precedente RD 1995/1978, según describe LANTARÓN BARQUÍN⁷⁸², esto indica con mayor claridad la relación de causalidad.

7.4. Contenido del cuadro de enfermedades profesionales.

El listado de enfermedades profesionales del RD 1299/2006 se sitúa, como expresa LANTARÓN BARQUÍN⁷⁸³, en una encrucijada de caminos entre nuestra normativa de Seguridad Social, normativa sanitaria y normativa preventiva.

En relación a la normativa sanitaria hay que tener 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, establecido en el Anexo I punto 7 del RD 1030/2006 de 15 de septiembre sobre “protección y promoción de salud laboral”, en el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Se observa que hay una evidente proximidad de compendios de regulación entre enfermedades profesionales y cartera de servicios comunes del Sistema

⁷⁸¹ AGUDO DÍAZ, J.: “Nuevo cuadro de enfermedades profesionales: una deuda histórica”, en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 86.

⁷⁸² LANTARÓN BARQUÍN, D.: “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”, en *Relaciones Laborales: Revista Crítica de Teoría y Práctica*, núm. 1-2008, págs. 413-451.

⁷⁸³ LANTARÓN BARQUÍN, D.: “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”, en *Relaciones Laborales: Revista Crítica de Teoría y Práctica*, núm. 1-2008, págs. 413-451.

Nacional de Salud. La Recomendación 2003/670/CE ya aconseja a los Estados miembros promover una contribución activa de los sistemas nacionales de salud a la prevención de las enfermedades profesionales, en particular mediante una mayor sensibilidad del personal médico para mejorar el conocimiento y diagnóstico de estas enfermedades.

En cuanto a la normativa preventiva que regula la enfermedad profesional como daño derivado del trabajo, como expresa LANTARÓN BARQUÍN⁷⁸⁴, las enfermedades profesionales son, en cierta medida, un fracaso por parte de la prevención ante determinados agentes y enfermedades. Fracaso que situaríamos entre la prevención y actualización de la enfermedad profesional, condicionado por elementos subjetivos⁷⁸⁵, objetivos⁷⁸⁶ y condiciones de exposición⁷⁸⁷. Como también el hecho de que la enfermedad profesional está condicionada, en la detección, por no estar especificada clínicamente.

Y en la normativa de la Seguridad, la enfermedad profesional es un riesgo cubierto, el artículo 42.a) LGSS comprende dentro de la acción protectora la asistencia sanitaria, la recuperación profesional y las prestaciones económicas en las situaciones de incapacidad, muerte y supervivencia.

7.4.1. La lista del Anexo I de enfermedades profesionales.

La sucesión normativa que se produce, desde el RD 1995/1978 al RD 1299/2006, no significa una ruptura, no es una lista “ex novo”, como expresa

⁷⁸⁴ LANTARÓN BARQUÍN, D.: “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”, en *Relaciones Laborales: Revista Crítica de Teoría y Práctica*, núm. 1-2008, págs. 413-451.

⁷⁸⁵ Variabilidad biológica, no todos los trabajadores expuestos a un mismo riesgo responden igual, ni al mismo tiempo ni con la misma intensidad.

⁷⁸⁶ Como puede ser la multicausalidad, por cuanto una misma enfermedad puede tener distintas causas o factores laborales y extralaborales que actúan al mismo tiempo.

⁷⁸⁷ Un mismo agente puede presentar efectos nocivos distintos, dependiendo de las condiciones de exposición.

LANTARÓN BARQUÍN⁷⁸⁸, ni una continuidad total y absoluta entre los grupos del anterior RD y el actual, sino que es una revisión.

La lista del Anexo I se divide en seis grupos de enfermedades, clasificadas fundamentalmente, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁷⁸⁹, en función del agente que las causa en los grupos 1,2, 3 y 6, y en cambio los grupos 4 y 5 siguen una pauta distinta.

Grupo 1: enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.

Grupo 2: enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

Grupo 3: enfermedades causadas por agentes biológicos.

Grupo 4: es un bloque residual que incluye enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes que no estén comprendidos en otros apartados.

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

Grupo 6: enfermedades profesionales causadas por agentes cancerígenos.

7.4.1.1. Grupo 1. Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.

En este grupo, como expresa MORENO CALIZ⁷⁹⁰, no se definen las enfermedades, pero, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁷⁹¹, se contemplan

⁷⁸⁸ LANTARÓN BARQUÍN, D.: “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”, en *Relaciones Laborales: Revista Crítica de Teoría y Práctica*, núm. 1-2008, págs. 413-451.

⁷⁸⁹ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 117.

⁷⁹⁰ MORENO CALIZ, S.: “Análisis de la reforma de la enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias”, ob. cit. pág. 15-26.

⁷⁹¹ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 117.

importantes progresos en la composición del mismo, las enfermedades que puedan ocasionar se dividen en 21 familias químicas.

En primer lugar, hay que evaluar de manera positiva, como expone AGUDO DIAZ⁷⁹², a este grupo, pues se estructuran los diferentes agentes por familias químicas, este hecho facilita la búsqueda y la identificación de los agentes.

De igual modo, hay que valorar positivamente, como indica LOPEZ GANDIA⁷⁹³, que los metales estén ordenados alfabéticamente, agilizando la identificación, frente al caos que había en el anterior listado. Muchas de las actividades que se contemplaban en el RD 1995/1978 se mantienen, si bien otras han desaparecido debido a que no cumplen, tanto por la utilización de las sustancias como por los productos, la normativa preventiva. Por otra parte, ello permite que se amplíe el número de enfermedades que se puedan diagnosticar, como describe LOPEZ GANDIA⁷⁹⁴, porque se añaden nuevas sustancias y actividades en muchos de los agentes y subagentes.

Se conserva la referencia del agente y su relación con las principales actividades que son capaces de producir la enfermedad, por tanto no está cerrada la lista de enfermedades. En la primera columna se encuentra una descripción abierta de los agentes, se nombran los más conocidos, según describe MORENO CALIZ⁷⁹⁵, de esta manera se posibilita que se puedan incluir sustancias no citadas de forma expresa, y que se podrían clasificar como especie del agente recogido en el subgrupo.

⁷⁹² AGUDO DIAZ, J.: "Nuevo cuadro de enfermedades profesionales: una deuda histórica", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 82.

⁷⁹³ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 36.

⁷⁹⁴ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales* ob. cit. pág. 36.

⁷⁹⁵ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*, ob. cit. pág. 8

En el arsénico se añaden las actividades de minería, limpieza de metales, fabricación de insecticidas, producción de cobre, taxidermia, restauradores de arte.

En el berilio se incluyen las nuevas actividades de la industria aeroespacial y la nuclear y reactores nucleares.

En cadmio se suman los trabajos al horno de fundición de hierro y acero, fusión y colada de vidrio, barnizado y esmaltado de cerámica, tratamiento de residuos peligrosos, fabricación de pesticidas, fabricación de amalgamas dentales, fabricación de joyas.

Por otra parte, en el fósforo y sus compuestos, en cambio, ya no se contempla la fabricación de ciertos juguetes, pero si se redactan ciertas actividades para no limitar actividades como fabricación de explosivos y detonadores.

Y en cuanto al plomo y sus derivados se añaden actividades de manera genérica para permitir otras donde se utilice la sustancia como en la industria de la construcción y soldadura.

En el níquel aparecen nuevos trabajos de riesgo, así los procesados de residuos que contengan níquel, industrias de cerámica y vidrio, trabajos en hornos de fundición de hierro y acero inoxidable, aplicación de pinturas y barnices que contengan níquel.

En el bromo y sus compuestos se añaden actividades en la industria fotográfica, extracción de oro, compuesto antideformante de la gasolina, en industrias químicas y farmacéuticas.

En cuanto a los ácidos inorgánicos se añaden trabajos como fabricación de colorantes, pigmentos plásticos y fibras sintéticas, industrias de explosivos, purificación de petróleo, fabricación de joyas, industria farmacéutica,

fabricación de fieltros y perlas de vidrio, refinado de materiales ricos en azufre, refinado de aceites vegetales, carbonizado de tejidos de lana, trabajos subterráneos, excavaciones, fabricación de limpia metales.

Destaca en amoniaco que se añaden actividades, en la utilización de laboratorios, galvanoplastia, fabricación de ácido nítrico y otros reactivos químicos como ácido sulfúrico, cianuros, amidas, urea, nítricos e intermediarios de colorantes, producción de monómeros de fibras sintéticas y otros plásticos, refinado de petróleo (como inhibidor de la corrosión), industria huletera, papel, extractiva, alimenticia, papelera y farmacéutica (como estabilizador).

En los agentes aromáticos, benceno, naftaleno y homólogos, no se contemplan todas las actividades del RD 1995/1978, pero se añaden ocupaciones con exposición al benceno por ejemplo los hornos de coque, el uso de disolventes que contengan benceno, en naftaleno fabricación de resinas sintéticas, celuloide e hidronaftalenos que se usan como disolventes, fabricación de repelentes de polillas, insecticidas, uso de fungicidas.

También se añaden actividades en los derivados halogenados de hidrocarburos aromáticos, el empleo como pesticidas y herbicidas, fabricación de caucho sintético, fabricación de transformadores, condensadores, aislamiento de cables de hilos eléctricos.

Igualmente se generan nuevos apartados, como describen GAMBI PISONERO, RUIZ CONTRERAS y MAQUEDAD BLASCO⁷⁹⁶ en los que se incluyen epóxidos, que se utilizan como disolventes, el oxido de etileno se utiliza en la industria sanitaria y alimentaria, el oxido de propileno se utiliza como esterilizante de alimentos envasados. También se crea el apartado

⁷⁹⁶ GAMBI PISONERO, N., RUIZ CONTRERAS, M.L., MAQUEDA BLASCO, J.: "El nuevo tratamiento legal de las enfermedades profesionales en comparación con el derogado y con la Recomendación europea sobre el tema", en *Revista de Medicina y Seguridad Social*, núm. 209-2007.

dedicado a organoclorados y organofosforados en relación a actividades tanto de transporte, almacenamiento y distribución como en usos agrícolas o sanitarios de plaguicidas.

De igual modo, hay novedades en ésteres, hay nuevas actividades que no se contemplaban antes, síntesis de resinas sintéticas, fabricación de pinturas, barnices y tintes, industrias de fabricación de cristales, industria farmacéutica, imprentas, aplicación de pinturas, utilización de decapantes, utilización en productos de limpieza, lavandería, tintorería.

En cambio hay algunos agentes químicos, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁷⁹⁷, que si están recogidos en la lista europea y en la lista OIT y en cambio no se han incluido en la lista española, como la benzoquinona, que afecta a la cornea.

7.4.1.1.1. Grupo 1. Interpretación jurisprudencial.

Hay supuestos donde se califica la incapacidad, temporal o permanente, derivada de enfermedad profesional y en otras ocasiones nos encontramos con la no apreciación de la contingencia profesional.

En el supuesto de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Granada, 26 de marzo 2015 (recurso núm. 2825/2014) declara la incapacidad derivada de enfermedad profesional del trabajador, de profesión encargado de obra civil y que empezó a trabajar el 1 de agosto 2011 realizando tareas montador de tuberías, que presenta cuadros repetidos de asma y rinoconjuntivitis desde la infancia, es diagnosticado el 13 de julio 2011 de asma, dando positivo en el test a pólenes, ácaros, hongos y epitelio de animales. En noviembre de 2011 se le diagnostica dermatitis de contacto, presentando alergia al níquel, cobalto y parabenos. El asma bronquial que

⁷⁹⁷ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 119.

presenta el trabajador se le agrava con el trabajo, porque está expuesto a ambientes, sustancias y materiales de trabajo habituales en una obra de urbanización a la intemperie con materiales pulverulentos (áridos, tierras y cementos), agentes atmosféricos (trafico, lluvia, humedad, altas o bajas temperaturas ambientales), materiales prefabricados de hormigón, tuberías y accesorios metálicos (acero inoxidable, fundición, bronce, latón, etc.) y conducciones de plástico (PVC, polietileno y derivados), por tanto para evitar el asma bronquial el trabajador debe evitar la exposición a desencadenantes para prevenir o aliviar los síntomas dermatológicos.

Para el médico del Servicio de Prevención de riesgos laborales del mes de octubre de 2012, se comunica que hay sospecha de que el trabajador padece una enfermedad profesional, bajo el diagnóstico de “dermatitis alérgica de contacto”, por el contacto con el níquel y realizar trabajos que implican soldadura y oxicorte de acero inoxidable, se encuentra dentro del Anexo I del RD 1299/2006, código 1A0809. El Juzgado de lo Social en la Sentencia estima la demanda del trabajador calificando la incapacidad derivada de enfermedad profesional, pero no estando conforme, la Mutua recurre en suplicación al considerar que la dermatitis atópica que padece el trabajador viene desde la infancia, ya diagnosticada con anterioridad a la incorporación a la empresa, así como que también el trabajador acude a nadar a la piscina y también aparecen lesiones eritematosas, pero el Tribunal Superior de Justicia desestima el recurso de suplicación porque considera que “una cosa es la alergia estacional con el consiguiente efecto dermatológicos respiratorios y otra muy distinta es la apreciada por el médico de la mutua alergia a metales, sobre todo níquel, que fue el motivo de la baja y que ha causado importantes lesiones cutáneas y agravamiento de la patología respiratoria del trabajador pronunciándose en el mismo sentido la especialista del servicio de dermatología del Servicio de Neumología de SAS, lo que coincide con el diagnóstico recogido en el informe

médico laboral del servicio de prevención, que ha clasificado incluso la enfermedad con código 1A0809 a los efectos del RD1299/2006.”

Por otra parte, también nos encontramos con resoluciones que constatan el hecho de que a un trabajador, a quien se le haya reconocido una prestación por incapacidad permanente total para su profesión habitual derivada de enfermedad profesional no es suficiente para atribuir la causa de la muerte como solicitaba la viuda de dicho trabajador, como establecen las Sentencias del Tribunal Supremo 21 de septiembre 2011 (recurso núm. 3971/2010) y 14 de febrero 2012 (recurso núm. 2159/2011) y según se desprende del artículo 217.2 LGSS “se reputaran de derecho muertos a consecuencia de accidente de trabajo o a la enfermedad profesional quienes tengan reconocida por tales contingencias una incapacidad permanente absoluta o la condición de gran invalido, sino se da éste supuesto, debería probarse que la muerte ha sido debida al accidente de trabajo o a la enfermedad profesional, y en el caso de la enfermedad profesional esta prueba se admite cualquiera que sea el tiempo transcurrido”. Por tanto, la viuda solicitaba que se reconociese que la muerte del trabajador, y que la pensión de viudedad derivaba de enfermedad profesional y que se le abonasen las prestaciones derivadas de la misma. En este supuesto el trabajador de profesión pintor, está en contacto con el arsénico en los materiales que utiliza, pero deberá acreditarse que la causa de la muerte está vinculada con las patologías determinantes del grado de incapacidad permanente previa reconocido por enfermedad profesional, y en este caso como establece la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco 6 de noviembre 2012 (recurso núm. 2258/2012) “no se llega a la convicción de que la muerte del trabajador esté originada por las patologías contraídas por contacto con el amianto”.

En cambio, en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha 18 de marzo 2016 (recurso núm. 824/2015), resuelve en sentido de

considerar la incapacidad derivada de enfermedad común. El trabajador de profesión montador de estructuras metálicas, lo que implica el contacto directo y continuo con metales (níquel, cromo y cobalto), no sólo en cuanto piezas, sino también el polvillo resultante de su manipulación mediante cortado, fresado, etc. Por tanto, no basta sólo con una protección mediante guantes, en cuanto el contacto se produce también por vía aérea, y por ello puede concluirse que existe una incompatibilidad directa e inevitable entre las dolencias descritas, y el desarrollo de la profesión habitual, ya que sin evitarse aquel contacto, se producirían continuas exacerbaciones y agravamientos. Pero, en el presente caso, nos encontramos ante un paciente polisensibilizado a varias sustancias, y entre ellas gramíneas, olivo, artemisas y metales. Y por ésta circunstancia no puede afirmarse sin más, como si lo hizo la resolución de instancia, que nos encontremos ante una enfermedad profesional, porque para ello es necesario, no que se manifieste una enfermedad como consecuencia del ambiente laboral, como lo hace ante cualquier otro tipo de ambientes, porque precisamente responde ante la concentración ciertos elementos, allá donde se encuentren, sino que se manifiesten precisamente porque la dolencia se ha causado por el trabajo y en ningún otro lugar. La dermatitis tiene que tener su origen en el trabajo, no basta para calificar la enfermedad profesional el hecho de existir reacción a los metales presentes en el trabajo, sino que ha de tener su origen en el trabajo.

En igual sentido negativo se manifiesta la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sevilla, 30 de noviembre 2016 (recurso núm. 3258/2015) en este supuesto el trabajador lleva desarrollando su profesión de soldador, trabajo que consiste en unir piezas de metal utilizando presión o calos o ambas cosas, durante más de veinte años en distintas empresas, pero de tales hechos probados no puede extraerse qué tipo de soldadura efectuaba el trabajador (soldadura oxigas, soldadura de arco, soldadura dura o blanda

que depende de la temperatura de fusión) ni tampoco el material de base y de aporte que utilizaba, lo que depende del tipo de soldadura. El riesgo profesional de soldadores se produce por contacto o inhalación de gases y/o vapores provenientes de la transformación térmica que se genera durante el proceso de soldadura, dependiendo del tipo de soldadura y de los materiales utilizados, el Anexo I del RD 1299/2006 en el grupo 1, enfermedades causadas por agentes químicos se establece como enfermedad profesional el código 1A0809, comprendiendo la soldadura y oxicorte de piezas de cadmio, con el código 1A0606 soldadura con compuestos de manganeso, con el código 1A0615 soldadura con electrodos de manganeso, con el código 1A0809 trabajos que impliquen soldadura y oxicorte de acero inoxidable, con el código 1T0104 trabajos de soldadura y corte. “Pero no se puede tener por acreditado el nexo causal lesión-trabajo, necesario para este supuesto, porque la presunción legal de laboralidad contenida en el artículo 157 LGSS sólo tiene la finalidad meramente instrumental de facilitar la acreditación de la protección reforzada de los riesgos profesionales, cuando el trabajador se dedica o ha dedicado a determinadas profesiones, solo puede aplicarse a las profesiones listadas”. Como no se puede saber ni el tipo de soldadura ni el tipo de material, no se puede acreditar el nexo causal.

7.4.1.2. Grupo 2. Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

Las enfermedades causadas por agentes físicos en el RD 1299/2006 son, en opinión de RODRIGUEZ SANTOS⁷⁹⁸, las que más se ha reestructurado, ha mejorado ostensiblemente la lista de 1978.

La nueva lista hace una declaración muy abstracta en unos casos, como describe LOPEZ GANDIA⁷⁹⁹ y, a la vez precisa en otros de la forma de trabajar

⁷⁹⁸ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 119.

de las diversas partes del cuerpo, de las extremidades afectadas o sobre la que se basa el trabajo (hombro, codo, muñeca) como que requieran determinadas posiciones (de rodillas, en cuclillas)⁸⁰⁰, algo que ya se contemplaba en la lista de 1978 solo que ahora se procede con mayor precisión y amplitud y profesiones concretas. Hay que distinguir las siguientes:

1.- Ruido. Hipoacusia o sordera: Hay que destacar, como expresa MORENO CALIZ⁸⁰¹, que en algunos subgrupos se establezca una exposición en relación a la enfermedad profesional, como es el caso de la hipoacusia o sordera provocada por el ruido, donde se describe una sordera profesional de tipo neurosensorial, aparece tal cual aparecía en el borrador de 2005.

Se producen importantes cambios, como describe LOPEZ GANDIA⁸⁰², se mejora de manera importante la hipoacusia o sordera provocada por el ruido, se añaden nuevas actividades, pero se dejan fuera otras como la enseñanza, reclamada por los profesionales del sector.

2.- Nódulos en cuerdas vocales: Respecto de los nódulos en cuerdas vocales a causa de los esfuerzos sostenidos de voz por motivos profesionales en actividades que se precisa un uso mantenido y continuado de voz, en la Recomendación europea se encuentra en el Anexo II, y sin embargo en el RD español aparece como enfermedad profesional en el Anexo I.

Y en relación a los problemas de voz, los problemas otorrinolaringólogos se triplica en éste sector, profesores, al de otras profesiones, debido al

⁷⁹⁹ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 45.

⁸⁰⁰ Vid, ROSERO POTOSI, D.K.: Proyecto de investigación previo a la obtención del título de licenciada en enfermería, tema estrategias preventivas sobre medidas de seguridad en los trabajadores de las vidrieras de la Parroquia Tulcán, en Universidad Regional Autónoma de los Andes Uniandes, Facultad de Ciencias Médicas, carrera de enfermería. Tulcán Ecuador 2017.

⁸⁰¹ MORENO CALIZ, S.: "Análisis de la reforma de las enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias". ob. cit. pág. 18.

⁸⁰² LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 44.

encontrarse en un continuado esfuerzo de la voz, a causa de los esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales.

3.- Trastornos musculoesqueléticos, posturas forzadas: De las nuevas enfermedades profesionales incorporadas hay que destacar la de algunas, cuyo reconocimiento expreso e inclusión ya venían siendo reclamadas por los sectores profesionales afectados, como algunos trastornos musculoesqueléticos, no todos los que reclamaban los sindicatos, y especialmente los nódulos de las cuerdas vocales y las enfermedades derivadas del amianto.

Sobresale de manera especial, de conformidad con la evolución en relación a la declaración de las enfermedades en los últimos años, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁸⁰³, la incorporación de numerosas enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo, como el síndrome del túnel carpiano de los soldadores, carpinteros, camareros, etc., que en el RD 1995/1978 eran las llamadas enfermedades osteoarticulares y angioneuróticas debidas a vibraciones mecánicas, y que solo se solían asociar a una única profesión, de igual manera también se generalizan lesiones, por ejemplo lesiones de menisco, que solo se asociaban a trabajos muy determinados, como es el caso de los trabajos de minas o subterráneos.

Por otra parte, este grupo no se recogen, las enfermedades musculoesqueléticas, como describe LOPEZ GANDIA⁸⁰⁴, para un sector elevado de profesionales, como es la enseñanza, y que produce un número elevado de bajas médicas

⁸⁰³ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 119.

⁸⁰⁴ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 47.

4.- Estrés: De igual manera, en los profesionales de la enseñanza, no se recoge el estrés como enfermedad profesional, como expresa LOPEZ GANDIA⁸⁰⁵, a pesar del cuantioso número de bajas que ocasiona, producidos por factores diferentes y multiplicidad de causas.

5.- Otras enfermedades: oftalmológicas, o las provocadas por el frío: Por su parte, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁸⁰⁶, el RD 1299/2006 aventaja a la lista europea, se han unido nuevas enfermedades en este grupo, se han ingresado distintas patologías, que si bien en un primer momento fueron excluidas de la lista, incluso teniendo un carácter marcadamente profesional, como las enfermedades oftalmológicas a consecuencia de exposiciones a radiaciones ultravioletas, como también las enfermedades provocadas por el frío⁸⁰⁷, como las enfermedades causadas por vibraciones de transmisión vertical⁸⁰⁸.

Por otra parte, como describe LOPEZ GANDIA⁸⁰⁹, apenas se ha modificado en las enfermedades causadas por comprensión o descomprensión atmosférica y las causadas por radiaciones ionizantes.

7.4.1.2.1. Grupo 2. . Interpretación jurisprudencial.

En la lista del RD 1299/2006 en el grupo 2, enfermedades causadas por agentes físicos, se realiza una enumeración generalizada, utilizando adverbios, para realizar la lista de trabajos que puedan ocasionar enfermedades profesionales, y en este sentido se manifiestan, en muchas ocasiones, los tribunales. De entre las patologías destaca:

⁸⁰⁵ LOPEZ GANDIA, J.: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, en *Nueva regulación d elas enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 47.

⁸⁰⁶ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 119.

⁸⁰⁷ En las profesiones de bomberos, pescadores, fabricantes de hielo.

⁸⁰⁸ Discopatías de conductores de vehículos.

⁸⁰⁹ LOPEZ GANDIA, J.: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, en *Nueva regulación d elas enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 44.

1.- Túnel carpiano en actividades de limpieza:

La Sentencia del Tribunal Supremo 5 de noviembre 2014 (recurso núm. 1515/2013), en este supuesto la trabajadora prestaba servicios con la categoría profesional de limpiadora para la empresa Eulen Servicios Sociosanitarios S.A., siendo diagnosticada de túnel carpiano bilateral con indicación de tratamiento quirúrgico, iniciando un periodo de incapacidad temporal, instando la trabajadora expediente para la determinación de la contingencia, determinando el INSS que se derivaba de contingencia común. Contra esta resolución la trabajadora interpuso demanda ante el Juzgado de lo Social, siendo desestimada y recurrida en suplicación alegando infracción del artículo 157 de LGSS en relación con el Anexo I el código 2F0201 del RD 1299/2006.

Por tanto, la cuestión que se plantea en este recurso de casación para unificación de doctrina se refiere sobre la calificación de enfermedad profesional del síndrome del túnel carpiano bilateral, que padece la trabajadora, de profesión limpiadora, conforme con el Anexo I 2F0201 se considera como enfermedad profesional causada por agente físico, el síndrome del túnel carpiano por compresión del nervio medio de la muñeca, en 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 hiperextensión. Trabajos que requieran movimientos repetitivos o mantenidos de hiperflexión y hiperextensión de la muñeca, de aprehensión de la mano como lavaderos, cortadores de tejidos y material de plástico y similares, trabajos de montaje (electrónica, mecánica), industria textil, mataderos (carniceros, matarifes), hostelería (camareros, cocineros), soldadores, carpinteros, pulidores, pintores.

Es cierto que la profesión de limpiadora no está expresamente incluida en la enumeración de actividades capaces de producir la enfermedad profesional “como lavaderos, cortadores de tejidos y material plástico y similares, y otras

que también se relacionan, pero ello no excluye, en modo alguno, que el Síndrome del túnel carpiano asociado a tareas que componen un haz profesional de una limpiadora pueda conllevar la calificación de enfermedad profesional, como en su caso, podrían tener encaje otras profesiones o actividades, por cuanto el adverbio como indica, sin lugar a dudas, se trata de una lista abierta”, no la nombra pero tampoco se excluye, en virtud de lo expuesto el Tribunal Supremo procede a calificar como enfermedad profesional el síndrome del túnel carpiano padecido por la trabajadora.

También considera que es enfermedad profesional, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 16 de noviembre 2015 (recurso núm. 3264/2015), en el mismo sentido que se manifiestan las Sentencias del Tribunal Supremo 4 de noviembre 2014 y 18 de mayo 2015, no es óbice para considerar enfermedad profesional la padecida por la trabajadora “el hecho de que la profesión de limpiadora no se recoja en el listado de enfermedades, pues los cometidos propios de dicha profesión exigen movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión, trabajos que requieran movimientos repetitivos o mantenidos de hiperflexión y de hiperextensión de la muñeca, de aprehensión de la mano, por lo que se da la presunción legal de que dicha enfermedad deriva del trabajo juega a favor de la trabajadora”

2.- Síndrome subacromial derecho en actividades de peluquería:

En el mismo sentido se manifiesta la Sentencia del Tribunal Supremo 18 de mayo 2015 (recurso núm. 1643/2014). Se trata de una trabajadora autónoma de profesión habitual peluquera, que padece síndrome subacromial derecho, ha sido declarada en incapacidad permanente total para su profesión derivada de enfermedad común. Hay que manifestar que en el desempeño de la profesión de peluquera se deben realizar posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo, con los codos elevados o que tensen los tendones o bolsa subacromial mediante acciones de levantar y alcanzar, y con uso

continuado del brazo en abducción o flexión, por lo que considera el Tribunal que cabe entender que su situación encaja en la lista del RD 1299/2015 en el Anexo I el código 2D0101, enfermedades profesionales relacionadas con los trastornos musculoesqueléticos patología tendinosa crónica del manguito rotador, ésta interpretación está confirmada por la DDC-TME-01⁸¹⁰, en el apartado relativo a condiciones de riesgo como son los trabajos repetitivos con elevación de hombro y a las actividades u ocupaciones de riesgo, entre las que se incluyen entre otras a los trabajadores que utilizan las manos por encima del hombro. Es más, como establece la sentencia, la enfermedad que padece la trabajadora está incluida en el cuadro de enfermedades profesionales, aunque la profesión de peluquera no esté de manera expresa incluida en la enumeración de actividades que puedan producir la enfermedad profesional, las que se relacionan en el RD 1299/2006 “como pintores, escayolistas, montadores de estructuras”, esta lista “debe considerarse abierta como se deduce del adverbio como, en interpretación por la jurisprudencia de esta Sala, por lo que no excluye otras profesiones con análogos requerimientos, y por tanto, entre ellas, la de peluquera”.

En consecuencia, tanto la actividad de limpiadora como de peluquería, han tenido cobertura de protección como enfermedad profesional.

3.- Lesión osteoarticular provocada por vibraciones mecánicas:

La doctrina de los tribunales superiores de justicia se ha manifestado de manera diferente, así considera enfermedad profesional la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón 15 de mayo 2000 (recurso núm. 282/1999), la situación del trabajador, dedicado a la profesión de chapista, tras

⁸¹⁰ Directrices para la decisión clínica en enfermedades profesionales, documentación del INSHT, Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Herramientas de ayuda a profesionales sanitarios para identificar y en el caso, notificará la autoridad competente en relación a aquellas enfermedades que puedan estar relacionadas con el trabajo.

un accidente de trabajo y varias bajas laborales posteriores es declarado por el INSS en situación de incapacidad permanente total derivada de accidente de trabajo, no estando de acuerdo la Mutua, quien considera que la incapacidad deriva de enfermedad profesional, al considerar que el dolor persistente en aumento en mano-muñeca derecha, artrosis carpiana, pseudoartrosis de escafoides y necrosis de semilunar, con dolor a la sobre carga articular, se trata de una lesión osteoarticular o angioneurotica provocada por vibraciones mecánicas, debido a que la mano derecha está sometida a movimientos repetitivos y a constantes vibraciones, catalogada en el apartado e). 5 de la lista del Anexo del RD 1995/1978.

Por otra parte, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria 6 de noviembre 2002 (recurso núm. 162/2002), establece que no es enfermedad profesional la epicondilitis del brazo derecho que padece el trabajador de profesión bobinador en un taller eléctrico, realizando funciones de manipulación de piezas de forma manual cuando son pequeñas y utilizando un polipasto cuando son grandes, considerando el trabajador que es enfermedad incluida en el apartado E punto 6.b) epígrafe enfermedades por fatiga de las vainas tendinosas, de los tejidos peritendinosos, de las inserciones musculares y tendinosas del RD 1995/1978, estableciendo la sentencia que es una lesión muscular que nada tiene que ver con el arrancamiento por fatiga de las apófisis espinosas.

4.- Epicondilitis de codo en gerocultora por agarrar, levantar y mover cuerpos pesados, a las personas que cuida:

La Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de noviembre 2019 (recurso núm. 3482/2017) da un paso más al considerar que es enfermedad profesional la epicondilitis que padece la auxiliar de enfermería, gerocultora, al levantar movilizar a los ancianos, a pesar que la actividad no está definida en el apartado 2D0201, ni exige realizar los movimientos y esfuerzos que requiere la

calificación como profesional de la epicondilitis. Pero considera que en aplicación del método GINSHT⁸¹¹, desarrollado por el Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo que establece la guía para el levantamiento de cargas, en relación a la altura del codo no se deben levantar cargas superiores a 11 kilos, sí se hace lejos del cuerpo, y 19 kilos sí se hace cerca, lo que se ve agravado cuando se agarran, levantan y mueven objetos voluminosos e irregulares, así como por la frecuencia y duración de la manipulación. Por tanto, basándose en la orientación de la guía, teniendo en cuenta la frecuencia con que realizan los trabajos las gerocultoras, la movilización de los ancianos y al repetir movimientos de fuerza en manos y brazos, que recargan los músculos y tendones tanto de los brazos como de la columna vertebral, el tribunal supremo considera que el procedimiento de incapacidad temporal deriva de enfermedad profesional.

7.4.1.3. Grupo 3. Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos. Especial referencia al profesional sanitario.

Las enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos, ya se contemplaban en el RD de 1978 como infecciosas y parasitarias. Siendo el principal progreso, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁸¹², en relación a la normativa anterior la ampliación de las patologías que repercuten no solo a los profesionales sanitarios, sino también a otros colectivos con factores de riesgo. Se han listado patologías como las infecciones víricas de la hepatitis B y C y VIH, la encefalopatía espongiiforme transmisible por priones, la neumonía por legionella pneumófila en trabajadores de instalaciones capaces de transmitir las y la micosis en trabajadores de museos, bibliotecas, cuevas.

⁸¹¹ Método GINSHT: guía para el levantamiento de cargas del INSHT.

⁸¹² RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 119.

Se trata, como expresa LOPEZ GANDIA⁸¹³, de 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.

Por otra parte, según describe MORENO CALIZ⁸¹⁴, este grupo con el RD 1299/2006 es más sistemático, por cuanto se establecen cuatro subgrupos o epígrafes, y se agrupan las clases de patologías:

A.- las 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. Se excluyen los microorganismos incluidos en el grupo I del RD 644/1997 de 12 de mayo que regula la Protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. En éste subgrupo se incluyen ahora cualquier actividad en la que se demuestra un riesgo de infección, no solo a personal sanitario, sino también a personal no sanitario, odontólogos, personal de auxilio, trabajadores de centros penitenciarios o personal de orden público.

Aunque no se precise una relación de síntomas y patologías, como expresa LOPEZ GANDIA⁸¹⁵, deberán incluirse además de hepatitis en todas sus clases, porque no distingue la ley, la tuberculosis, la lepra, la brucelosis, la espondilosis, la tos ferina, la escabiosis, la cirrosis, la hepatocarcinoma. Algunas se refieren a personal de laboratorio y otras a trabajadores de centros penitenciarios.

⁸¹³ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 48.

⁸¹⁴ MORENO CALIZ, S.: "Análisis de la reforma de la enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias". ob. cit. pág. 18.

⁸¹⁵ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 48.

B.- Se contemplan en este apartado las enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por animales o por sus productos o cadáveres. Este apartado se contemplaba en el RD 1995/1978, con la modificación del RD 2821/1981 que incluía trabajos de manipulación, de carga y descarga, transporte y empleo de despojos de animales, como expresa LOPEZ GANDIA⁸¹⁶, la nueva lista incorpora nuevos sujetos protegidos, incorporando entre otros, trabajos de alcantarillado por las ratas, personal de mataderos, diseñadores de prendas de piel, tiendas de animales, pastores, obreros rurales, guardas de caza, entre otros.

C.- Las enfermedades que estén provocadas por determinados agentes biológicos que actúen en zonas endémicas, paludismo, amebiasis, tripanosomiasis, dengue, fiebre amarilla, peste, leishmaniosis, pian, tifus exantemático, borrelias y otras riketsiosis.

D.- En este subgrupo, según describe MORENO CALIZ⁸¹⁷, se refiere a las enfermedades infecciosas y parasitarias que no se contemplen en otros apartados, micosis, legionela y helmintiasis, es una cláusula de cierre de la lista de patologías relacionadas con agentes biológicos. De igual forma, se incluyen nuevas actividades, trabajos en plantas de procesamiento de patatas, museos, bibliotecas, trabajos dedicados a la limpieza y mantenimiento de instalaciones que sean sensibles de transmitir la legionela o los trabajos de fermentación de vinagre.

⁸¹⁶ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 49.

⁸¹⁷ MORENO CALIZ, S.: "Análisis de la reforma de la enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias". ob. cit. pág. 18.

7.4.1.3.1. Grupo 3. Interpretación jurisprudencial.

7.4.1.3.1.1. Interpretación jurisprudencial consideración enfermedad profesional.

El Tribunal Supremo en Sentencia de 1 de julio 2016 (recurso núm. 2955/2014) ha calificado enfermedad profesional a la enfermedad de inmunodeficiencia humana (VIH y VHC) padecida por el trabajador, de profesión auxiliar de clínica, que prestó servicios para Caritas Diocesanas en la casa de acogida para enfermos aquejados de virus de inmunodeficiencia, denominado Colichet; con posterioridad cuando empieza a trabajar en urgencias, como celador, para el Servicio Andaluz de Salud en un hospital se manifiestan los primeros síntomas de la enfermedad, sufriendo diversas intervenciones quirúrgicas, con trasplante hepático por cirrosis hepática secundaria con infección VHC/VIH, siendo declarado por la entidad gestora afecto de incapacidad permanente absoluta para toda profesión u oficio derivada de enfermedad común. Se insta reclamación previa formulando solicitud de grado de gran invalidez y la calificación de la contingencia de enfermedad profesional, siendo desestimada se inicia por los herederos procedimiento judicial, siendo la cuestión litigiosa la consideración o no de enfermedad profesional, tanto el Juzgado de lo social como la Sala de suplicación mantienen que “la infección por virus VIH y HHC se encuentran expresamente contenidas en el grupo 3 del Anexo I del RD 1299/2006, por lo que entendiendo que la doctrina judicial exime por completo de prueba al trabajador de la conexión entre el trabajo y la enfermedad, concluyendo que la contingencia de la incapacidad permanente reconocida es la de enfermedad profesional.” En relación al personal sanitario, el grupo 3 del RD 1299/2006 establece el catálogo de enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la asistencia médica, prevención y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección, pero excluye los

microorganismos incluidos en el grupo 1 del RD 664/1997, que regula la protección de los trabajadores contra riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, estableciendo qué agente biológico del grupo 1 es aquél que resulta poco probable que causa una enfermedad al hombre; y el virus de inmunodeficiencia (VIH) está incluido en el grupo 3, “aquél que puede ocasionar una enfermedad grave en el hombre y presenta un serio peligro para los trabajadores, con riesgo de que se propague a la colectividad y existiendo generalmente una profilaxis o tratamiento eficaz.”

Por tanto, como no está incluido el virus de inmunodeficiencia (VIH) en el grupo I del RD 664/1997 no se aplica la exclusión del listado de enfermedades profesionales del personal sanitario a que se refiere el grupo 3 del RD 1299/2006, lo que conlleva “a que la presunción iure et de iure, que exime al trabajador de toda prueba para acreditar la conexión entre el trabajo y la enfermedad, despliega plenamente sus efectos al quedar clara la constancia de que el agente biológico se encuentra en el centro de trabajo (casa de acogida para enfermos aquejados de virus de inmunodeficiencia humana(VIH)”. Confirmando la Sentencia Tribunal Supremo de 1 de julio 2016 (recurso núm. 2955/2014) la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, con sede en Málaga, de 12 de junio 2014 (recurso núm. 471/2014) y considerando que la incapacidad permanente derivaba de enfermedad profesional.

7.4.1.3.1.2. Interpretación jurisprudencial no se considera enfermedad profesional. Tratamiento de la gripe.

Por otra parte, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias 19 de septiembre 2014 (recurso núm. 837/2014) considera enfermedad común la gripe que padece la trabajadora, médico pediatra, que permaneció en situación de incapacidad temporal, si bien en un primer momento se calificó de enfermedad profesional, que con posterioridad modificó el INSS a instancias de

la Mutua de Accidentes de Trabajo. No estando de acuerdo la trabajadora presentó demanda ante el Juzgado de lo Social que en la sentencia declara la existencia de enfermedad profesional al establecer la presunción “iuris et de iure” de la enfermedad incluida en la lista oficial de enfermedades profesionales, la Mutua recurre el pronunciamiento, porque considera que se ha infringido, por aplicación indebida el epígrafe 3A0101 del RD 1299/2006, 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 I RD 664/1997) e interpretación errónea de la doctrina establecida por el Tribunal Supremo en Sentencia 20 de diciembre de 2007 (recurso núm. 2579/2006). Admitiéndose el recurso de suplicación estableciendo que la gripe es una enfermedad infecciosa que se contrae por el virus influenza y se transmite por vía aérea, se propaga con facilidad entre la población en general y tiene una mayor incidencia en determinadas épocas del año, sobre todo en periodo invernal en los climas templados, donde algunos de sus tipos adoptan una forma endémica, con gran circulación y actividad del virus. “La finalidad del RD 664/1997 no es completar el cuadro de enfermedades profesionales haciendo la relación de dolencias infecciosas, porque si no se produciría una ampliación desmedida e indiscriminada. Al presentarse como epidemia sus posibilidades de contagio no son mayores dentro de un recinto médico y para el personal sanitario de un centro de salud que fuera de las instalaciones médicas.” Por tanto, “la mera exposición a un riesgo que no es específico del trabajo sino que es común o habitual o con una incidencia generalizada en todo el colectivo humano, ya que precisamente la particularidad de la enfermedad y su relación con dicho trabajo singular, son los que motivan el que se proteja la enfermedad profesional, como elemento derivado del desarrollo del trabajo”.

En el mismo sentido se manifiesta la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 30 de septiembre 2014 (recurso núm. 836/2014), no se califica de enfermedad profesional la situación de incapacidad temporal el síndrome gripal que padece la médico pediatra; la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias 14 de febrero 2014 (recurso núm. 122/2014); la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias 7 de marzo 2014 (recurso núm. 262/2014).

Tampoco considera enfermedad profesional la gripe A H1N1 en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 28 de septiembre 2018 (recurso núm. 3545/2018), donde el trabajador, técnico de transporte sanitario (conductor) inició una situación de incapacidad temporal, el INSS declara que la baja deriva de enfermedad profesional, en el mismo sentido se manifiesta el informe de la Inspección de Trabajo, el Juzgado de lo Social ratifica esta resolución del INSS y el Tribunal Superior de Justicia modifica esta consideración al establecer “ la gripe es una enfermedad infecciosa que se contrae por el virus influenza y se transmite por vía aérea” (menos frecuentemente, por contacto directo) y “ se propaga con facilidad entre la población en general y tiene una mayor incidencia en determinadas épocas del año(...) en las que algunos de sus tipos adoptan una forma epidémica, es decir gran circulación y actividad del virus, hallándose incluida en el RD 664/1996 que regula la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.” “Al presentarse como epidemia sus posibilidades de contagio no son mayores dentro del recinto médico y para el personal sanitario de un centro de salud que fuera de las instalaciones médicas y para las personas con las que el enfermo establece contacto, aun ocasional (el medio de transporte en el que viaja, el domicilio familiar en el que convive con otras personas)”.

”Los procesos de enfermedad del personal sanitario, provocados por gripe o procesos víricos equivalentes derivan de enfermedad común. No toda patología que sufra el personal sanitario se debe de forma específica a su trabajo, por lo que la mera exposición a un riesgo que no es específico del trabajo sino que es común o habitual o con una incidencia generalizada en todo colectivo humano es insuficiente para determinar la existencia de enfermedad profesional”.

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

Se incluyen una amplia diversidad de patologías, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁸¹⁸, se reorganiza el grupo según el agente causante que se subdivide de conformidad a la acción producida sobre distintos órganos y los distintos mecanismos lesivos. Por tanto, en este grupo encontramos por un lado, patologías originadas por sustancias de origen animal, vegetal, microorganismos y sustancias enzimáticas causantes de rinoconjuntivitis, asma, alveolitis, etc.; por otro lado enfermedades provocadas por metales y sus sales, polvos de madera, productos farmacéuticos, sustancias químico-plásticas, aditivos, etc.; y por último fibrosis de pleura y pericardio provocada por polvo de amianto en los trabajos que guarden relación con este agente.

De esta forma se incluyen, como expresa LOPEZ GANDIA⁸¹⁹, la silicosis, neumoconiosis, asbestosis y las derivadas de otros polvos minerales, la nueva lista aunque reproduce la lista anterior pero añade nuevas actividades o las especifica mejor, en el caso del polvo de amianto añade trabajos de carga, descarga y transporte de mercancías que pudieran contener fibras de amianto.

⁸¹⁸ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesional*, ob. cit., pág. 120.

⁸¹⁹ LOPEZ GANDIA, J.: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 50.

Por otra parte, para LANTARÓN BARQUÍN⁸²⁰, que el carácter residual de este grupo, y su continuidad se puede explicar a que hay una serie de patologías que se aprecian en numerosos pronunciamientos judiciales, en este sentido las neumatosis, el asma por inhalación de isocianatos, sensibilización a enzimas de detergentes y látex, la afonía de una trabajadora con alergia a determinados productos que se utilizan en laboratorios farmacéuticos para fabrican medicamentos.

La Dirección Provincial del INSS de Vizcaya, de 28 de noviembre 2019, ha emitido una resolución por la que se reconoce a una peluquera de 35 años una incapacidad permanente total por enfermedad profesional derivada del asma que padece⁸²¹. La dolencia se ha considerado enfermedad profesional debido a la exposición a los persulfatos que se encuentran en determinados productos utilizados en peluquería, como los decolorantes de cabello. Tanto el servicio de prevención que realiza la vigilancia de la salud como la propia seguridad social han estimado que la trabajadora no puede estar expuesta a este tipo de productos por cuanto el asma que padece se podría ver agravado.

7.4.1.4.1. Grupo 4. Interpretación jurisprudencial.

7.4.1.4.1.1. Consideración enfermedad profesional, en supuestos de amianto y sílice.

Es interesante la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 29 de septiembre 2016 (recurso núm. 3513/2016), en este caso la viuda del trabajador fallecido solicita que la declaración de la contingencia determinante

⁸²⁰ LANTARON BARQUÍN, D.: “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”. ob. cit. págs. 413-451.

⁸²¹ <https://www.elcorreo.com/economia/reconocida-incapacidad-permanente-20200108104642-t.html>.

Como expresa Alfonso Ríos, responsable de Salud Laboral de CCOO del País Vasco.

de su pensión de viudedad fuera de enfermedad profesional, el Juzgado de lo Social 10 de Barcelona estima la demanda y en este sentido se declara que el causante trabajó para la empresa entre 1966 y 1994, realizando tareas de fabricación de materiales de fricción, su puesto de trabajo denominado de premoldeo estaba “*expuesto al amianto*”, tal y como se desprende de los reconocimientos médicos realizados por Asepeyo en los años 1990-1993. Se alza contra dicha sentencia la empresa recurrente al considerar que no se ha acreditado que el trabajador estuviera expuesto a niveles de amianto superiores a los permitidos en los años que prestó servicios en la empresa, además según los expedientes médicos aportados por la actora, el trabajador padecía leucemia linfocítica crónica, enfermedad que sobrevino tras otros procesos oncológicos, cirrosis hepática y las complicaciones digestivas de la cirugía efectuada.

El Tribunal responde “la enfermedad profesional se diferencia del accidente de trabajo porque si la enfermedad se reconoce en la lista de enfermedades profesionales reglamentaria, concurre la presunción “*iuris et de iure*” de que es profesional. El RD 1299/2006 incluye en el grupo 4, agente C, subagente 01 la asbestosis derivada de trabajos expuestos a la inhalación de polvo de amianto, asbestos, probablemente actividad 06, concurriendo así la presunción “*iuris et de iure*” de que la lesión es profesional, habiendo reflejado el magistrado la conexión enfermedad con trabajo en los hechos probados y fundamentos de derecho”.

El Juzgado de lo Social de Albacete de 4 de febrero 2016 declara que la trabajadora, que prestaba servicios como oficial de 1ª para empresa del Grupo Solar, realizando actividades de soldadura y prelaminado de placas solares desde 2006, está afectada de una incapacidad permanente total para su profesión habitual derivada de accidente de trabajo, la trabajadora padece rinitis y asma bronquial moderada, y sensibilidad a numerosas sustancias químicas,

concretamente el informe de Neumología del hospital de Albacete establece “enfermedad actual, clínica compatible con rinitis e hiperreactividad bronquial de años de evolución en clara asociación con ambiente de trabajo, los síntomas mejoran al finalizar la jornada, los fines de semana y los periodos vacacionales, para presentarse de nuevo al reincorporarse al trabajo, siendo el diagnóstico de rinitis y asma bronquial moderado grave de origen ocupacional por la *“exposición a soldadura de silicio en placas solares”*, donde trabaja desde hace 6 años, presentando síntomas meses después de iniciar ese tipo de trabajo. Recomendándose el cambio de puesto de trabajo en la misma empresa”. El médico de atención primaria manifestó que desde 2006 las visitas son continuas, motivadas por cuadros catarrales, congestión nasal y bronquitis, cada 3 meses presentaba catarros se remite al neumólogo y se le diagnostica rinitis y asma bronquial ocupacional por exposición al silicio, cuando la trabajadora dejó la empresa ya no acudió a la consulta. Recurre tanto el INSS la TGSS como la Mutua de AT y EP FREMAP, si bien la Mutua no se planteaba la cuestión invalidante de la actora, pero considera que la causa de la incapacidad permanente que se reconoce a la trabajadora deriva de enfermedad profesional, incluida en el listado del RD 1299/2006 en el Anexo I, Grupo 4, Agente A “polvo de sílice” y dentro del mismo, identificado el subagente 01 “trabajos expuestos a la inhalación de polvo de sílice libre” particularizándose en varias posibilidades, identificándola en la actividad 10, Código 4A0110, y en este sentido reconoce la Sentencia del Tribunal Superior de Castilla-La Mancha 23 de mayo 2017 (recurso núm. 658/2016), al resolver establece que el origen de la situación de incapacidad permanente deriva de enfermedad profesional, manteniendo la condena del pago de las prestaciones al INSS y la TGSS.

En el supuesto donde el trabajador prestaba servicios en la empresa Uralita S.L. dedicada a la actividad de *“fabricación de fibrocemento”* durante

más de 20 años, a su fallecimiento su viuda solicita la pensión que por INSS se le reconoce pero con la consideración de la contingencia derivada de enfermedad común, no estando conforme por considerar que la causa de fallecimiento de su marido fue derivada de enfermedad profesional, causada por inhalación de sustancias y agentes *“polvos de amianto”* comprendidos el Anexo I grupo 4 agente C en la actividad de fabricación de productos de fibrocemento, Código 4C0106 del RD 1299/2006, el certificado médico de defunción expresa causa inmediata del fallecimiento insuficiencia respiratoria aguda y como causa inicial o fundamental enfisema centroacinar secundario asbestosis, nueve meses antes del fallecimiento del trabajador aparece la asbestosis, no siendo estimada la demanda por el Juzgado de lo Social, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana 8 de junio 2017 (recurso núm. 2091/2016) declara que el fallecimiento del trabajador fue por enfermedad profesional.

En el mismo sentido se manifiesta la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia 31 de enero 2018 (recurso núm. 3986/2017) trabajador, exfumador de 10 cigarrillos día durante 40 años, fallecido por carcinoma de célula grande neuroendocrino, había trabajado desde 1982 para la empresa IZAR dedicada a la construcción y reparación de buques de guerra y mercantes, mantenimiento y reparación de turbinas, motores, calderas y similares, construcción, reparación y mantenimiento de armas, en estas actividades la empresa utilizaba amianto en el forrado de buques y otros trabajos, a partir de 1980 se sustituyó *“el amianto por otras fibras como vegetales o de vidrio”*, pero se siguió manipulando amianto en las tareas de reparación que exigían el desforado de las piezas. Solicitando la viuda la declaración de la contingencia de pensión de viudedad derivada de enfermedad profesional, invocando la infracción del artículo 157 LGSS en relación con el RD 1299/2006 el grupo 4 agente C *“polvos de amianto”*

(asbestos) C01 asbestosis en relación a trabajos expuestos a inhalación de polvos de amianto y C2, porque el fallecimiento se produjo por la existencia de una enfermedad producto de la inhalación de *“fibras de amianto”*, la asbestosis influyó, declarando el Tribunal que tanto el grupo 4 C-01 como el grupo 4 C-02 , “en ambos se recogen una serie de trabajos concretos que , en todo caso, no excluyen la posibilidad de asimilar a otros análogos en los que haya exposición al citado agente, al usar el término especialmente” por tanto la exposición al amianto padecida por el trabajador insuficiencia respiratoria, cabe afirmar que el fallecimiento del trabajador podría entenderse derivada de enfermedad profesional⁸²².

7.4.1.4.1.2. No se declara enfermedad profesional en algunos supuestos controvertidos.

Por otra parte, la Sentencia del Tribunal Supremo 28 de febrero 2017 (recurso núm. 1694/2015) desestima el recurso de casación interpuesto por el trabajador en autos de reclamación de incapacidad permanente derivada de enfermedad profesional: asbestosis. El trabajador prestó servicios en empresa dedicada de construcción naval desde 1974 hasta 2012, estando expuesto directa o indirectamente a la inhalación de fibras de asbestos, había sentencia condenatoria a la empresa por delito contra los derechos de los trabajadores, y faltas de muerte y lesiones por imprudencia dictada por el Juzgado de lo Penal núm. 2 de Valencia en la que se declara probado “como consecuencia de la exposición al amianto, el actor ha contraído graves lesiones por asbestosis u

⁸²² En un similar sentido Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia 7 de mayo 2018 (recurso núm. 5257/2017) el trabajador dedicado a la actividad de cantera, la extracción , manipulación y tratamiento de minerales o rocas, se califica la incapacidad temporal de conformidad con el código 4A0101 del RD 1299/2006, de neumoconiosis por exposición a polvo de sílice o silicosis, de enfermedad profesional, la profesión de operario de cantera está vinculada al listado de la dolencia, en tanto que se incluye el trabajo de cantera. Se mantiene la contingencia de enfermedad profesional del proceso de incapacidad temporal que había sido declarado en vía administrativa, pero el Juzgado de lo Social había desestimado.

otra patología pulmonar derivada de la inhalación de amianto”. Pero en el Dictamen-Propuesta del EVI del trabajador no se hallan síntomas respiratorios, estado general bueno, “no hallazgos pulmonares sugestivos de asbestosis ni lesiones focales sospechosas de malignidad”, apreciando como cuadro clínico residual nódulo pulmonar y placas pleurales calcificadas, sin alteraciones funcionales respiratorias, no presenta reducciones anatómicas, proponiendo la no calificación como incapacitado permanente del trabajador, por lo que el INSS deniega la solicitud realizada por el trabajador. Al considerar que “se ha demostrado que la presencia de amianto en el ambiente laboral supone un peligro para la salud de los trabajadores que se concreta y manifiesta en una patología profesional específica y que se recoge en el cuadro de enfermedades profesionales”, el trabajador interpone demanda dando lugar al presente recurso, que ha sido desestimado, si bien como describe el Ministerio Fiscal “ha de ser desestimado por defectuosa formulación”.

Tampoco considera enfermedad profesional el Tribunal Superior de Justicia de La Rioja de 9 de febrero 2017 (recurso 42/2017), en el supuesto de trabajador, operario de compañía de agua, peón fontanero, fumador empedernido que en 2004 fue hospitalizado por varicela con afección pulmonar, en junio 2013 inicia periodo de incapacidad temporal, diagnosticado de “patrón micronodular difuso y bilateral pulmonar” hasta enero 2014, por resolución de INSS el proceso deriva de enfermedad común. En octubre de 2014 el trabajador solicita la incapacidad permanente, teniendo en cuenta que el servicio de prevención Fremap en abril de 2014 entiende que el trabajador es apto con limitaciones, limitado por la exposición a ambiente pulvigeno y no puede estar en contacto con la sustancia de amianto, en mayo 2014 el servicio de prevención, tras comunicarle la empresa que no podía adaptar el puesto de trabajo y que no había otro puesto compatible con sus limitaciones, modifica el informe por no apto. Resolviendo la Dirección Provincial del INSS en sentido negativo, por tanto se deniega la declaración de incapacidad permanente

porque sus lesiones no eran constitutivas de incapacidad permanente. Considerando el trabajador que sus lesiones son constitutivas de incapacidad permanente total para su trabajo y que deriva tal contingencia de enfermedad profesional, inicia procedimiento judicial, siendo desestimada la demanda por el Juzgado de lo Social, considerando el trabajador que no se valora adecuadamente el cuadro clínico y las limitaciones funcionales y orgánicas del actor en relación con las exigencias laborales de su profesión, que la patología existe, se encuentra diagnosticada como silicosis, y por tanto, que se ha infringido el artículo 157 LGSS en relación con el RD 1299/2006 en concreto el Anexo I grupo 4 agente A Polvo de sílice subagente silicosis y trabajos realizados en galerías y obras públicas (4A0101) pero la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja 9 de febrero 2017 (recurso 42/2017) establece que “en el apartado 4A 01 (trabajos de 01 a 14) no se mencionan los trabajos de mantenimiento de redes de agua potable entre los trabajos expuestos a inhalación de polvo de sílice.” “Analizando las tareas propias de la profesión habitual del actor, dicha profesión incluye tareas como el de las instalaciones, con lectura de contadores, toma de muestras de agua, revisión de instalaciones, cambio y mantenimiento de instalaciones de contadores, control de averías, búsqueda de fugas, etc.: tareas en las que no está en contacto ni con ambiente pulvigeno ni con amianto”, por lo que el trabajador no presenta limitaciones orgánicas y funcionales para el desempeño de las tareas esenciales de su profesión habitual de operario de en compañía de agua.

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

En este grupo el criterio de clasificación que se ha utilizado, según describe MORENO CALIZ⁸²³, es el de agente y subagente, por lo que se

⁸²³ MORENO CALIZ, S.: “Análisis de la reforma de la enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias”. ob. cit. pág. 18.

abandona la indefinición que aparecía en el RD 1995/1978, donde se refería a las afecciones producidas por sustancias no mencionadas en otros apartados. También se elimina de este grupo el cáncer cutáneo producido por sustancias o agentes con capacidad para producirla esa patología⁸²⁴.

Hay cambios importantes en este grupo, como expresa LOPEZ GANDIA⁸²⁵, pues son novedad todas las actividades en las enfermedades derivadas de sustancias de bajo peso molecular (metales y sus sales, polvos de madera, productos farmacéuticos, sustancias químico plásticas, “aditivos que dan” lugar a rinoconjuntivitis, urticarias, angidemas, aleveolitis o neumonitis por hipersensibilidad, síndrome de disfunción de la vía reactiva).

En este grupo constituye una novedad total al incluir el “*antinomio*” y sus derivados y las actividades relacionadas. Del mismo modo se incluyen agentes y sustancias de alto peso molecular por encima de 1000 daltons.

Es destacable de manera especial los nuevos apartados, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁸²⁶, que se incorporen las fotodermatitis causadas por sustancias fotosensibilizantes y las dermatitis infecciosas de trabajadores sanitarios, odontólogos, veterinarios, ganaderos, etc. Pero en cambio, no se incorporan en este grupo, en disconformidad con la Recomendación europea las enfermedades de la piel o carcinoma cutáneo relacionado con el asfalto y con el carbazol y sus derivados, y tampoco se recoge en el grupo 6.

⁸²⁴ Vid, LUSHNIAK, B.D. The importance of occupational skin diseases in the United States. *Int Arch Occup Environ Health* (2003) 76:325-330; NICHOLSON, P.J. et al. Evidence-based guidelines for the prevention, identification and management of occupational contact dermatitis and urticaria. *Contact Dermatitis*. 2010:63: 177-186; TURNER, S. et al. The incidence of occupational skin disease as reported to The Health and Occupation Reporting (THOR) network between 2002 and 2005. *Contact dermatitis and Allergy*; VESTER, L. et al. Occupational fool-related hand dermatoses seen over a 10 year period. *Contact Dermatis – Original Article*.

⁸²⁵ LOPEZ GANDIA, J.: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 50.

⁸²⁶ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 120.

Por último es necesario destacar, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁸²⁷, la ausencia de precisión en los términos agente y subagente como criterios clasificadores, por cuanto en algunos supuestos tienen un contenido coincidente, como en las sustancias de bajo peso molecular, por lo que origina inseguridad.

7.4.1.5.1. Grupo 5. Interpretación jurisprudencial.

7.4.1.5.1.1. Declaración enfermedad profesional.

La trabajadora, auxiliar de enfermería de una residencia de la tercera edad, inició un proceso de incapacidad temporal derivada de accidentes de trabajo por dermatitis en ambas manos, el accidente se ocasiono al encontrarse en su puesto de trabajo realizando tareas habituales, limpiar las sillas de ruedas de los residentes con Bacteriol R no diluido, al día siguiente de darle el alta inicia un nuevo proceso de incapacidad por dermatitis por agentes no especificados y por accidente de trabajo, es dada de alta de nuevo y antes del mes inicia una nueva baja, que da origen a la discusión de la contingencia, con diagnóstico de dermatitis por contacto y otros eczemas. Cuando se incorpora al trabajo la actora no ha estado en contacto con ningún producto químico, al tener alergia al níquel, cobalto y carbas, utiliza guantes de nitrilo especiales porque había sido diagnosticada hacia 10 años de eczema de dishidrótico, con brotes de lesiones pruriginosas en palmas y laterales de los dedos. La sala de suplicación no aprecia la existencia de accidente de trabajo, pero en cambio considera que existe enfermedad profesional, en relación con el Código 5A0131, porque existe una exposición de la trabajadora al "*Bacteriol R*", sustancia de bajo peso molecular por debajo de los 1000 daltons, Grupo 5, Agente A, Subagente 01, actividad 31 trabajos que se dedican al cuidado de

⁸²⁷ RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 120.

personas y asimilados, por tanto reúne todos los requisitos listados del Código del Anexo I del RD 1299/2006. Declarando el Tribunal Supremo, en el Auto de 18 de septiembre 2018 (recurso núm. 155/2018), la firmeza de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 31 de octubre 2017 (recurso núm. 1196/2017) al inadmitir el recurso presentado por la Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

En el mismo sentido se manifiesta la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia 18 de enero 2018 (recurso núm. 2614/2017), en este caso la trabajadora, empezó a trabajar en 2009 auxiliar de ayuda a domicilio, entre las tareas que debe realizar se encuentra la de aseo de los usuarios, tareas del hogar, cocinar y diversos recados, se le declara afecta, en 2015, de incapacidad permanente total derivada de enfermedad profesional por eczema de contacto alérgico en manos a kathon CG y “*sulfato de níquel*”, impugnando esta declaración la Mutua, al considerar que la incapacidad deriva de enfermedad común, porque la beneficiaria padece lesiones eccematosas desde la infancia, y desde 2007 presenta lesiones en manos con prurito intenso, el kathon CG se usa en gran número de conservantes como cosméticos (champús, jabones, cremas, geles), productos del hogar (detergentes, pegamentos, productos de limpieza, papel higiénico), ocupacional (pinturas, pesticidas), estimándose la demanda presentada por la Mutua, la trabajadora recurre alegando en esencia que en el presente caso concurren la lesión, el agente y la actividad en el cuadro de enfermedades profesionales RD 1299/2006, en el grupo 5, agente A, subgrupo 01 y en cualquier actividad, 31, 29, en la que se entre en contacto con sustancias de bajo peso molecular, en concreto el INSS en el expediente de determinación de contingencia dictó resolución declarando el carácter de enfermedad profesional código 5A0129, actividad personal de limpieza. Considerando la Sala que las lesiones eccematosas que padece la trabajadora desde la infancia y que desde el año 2007 presenta lesiones en manos y pies con prurito intenso “no es óbice a la

declaración de las lesiones actuales como derivadas de enfermedad profesional, pues la relación de las lesiones que presenta y el trabajo es evidente” empezó a trabajar en 2009 y hasta 2014 que causa baja por incapacidad temporal por eczema en manos sensibilización a níquel y kathon, no consta ningún proceso previo de baja por la misma causa.

7.4.1.5.1.2. No se declara enfermedad profesional en algunos supuestos controvertidos.

En cambio, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón 26 de noviembre 2001 (recurso núm. 281/2001), establece que no es enfermedad profesional el supuesto que el trabajador, de profesión oficial de mantenimiento, presenta un cuadro clínico de *“psoriasis”* desde hace 15 años que se agrava en los últimos 3 años y eclosión en el último, sangrado cutáneo por el proceso psoriásico, fenómeno Koebner, por lo que debe evitar roces en la piel y ambientes irritantes porque puede desencadenar un nuevo brote, resolviendo el INSS incapacidad permanente total, considerando el trabajador que debe declararse de etiología laboral, incluida en el apartado B.2 del Anexo del RD 1995/1978. El motivo no se acepta porque la enfermedad profesional no se identifica con la enfermedad contraída por el trabajo, porque se exige la existencia de un nexo causal entre trabajo ejecutado y lesión contraída.

7.4.1.6. Grupo 6. Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos. Ampliaciones por RD 1150/2015 y RD 257/2018.

Si comparamos con la lista de 1978 la nueva lista supone un avance muy importante, como expresa LOPEZ GANDIA⁸²⁸, la nueva lista sistematiza y ordena mejor en un solo grupo todos los factores cancerígenos que en la lista anterior estaban dispersos. Añade de manera especial, como algo nuevo y

⁸²⁸ LOPEZ GANDIA, J.: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, ob. cit. pág. 50.

como factor cancerígeno, el polvo de madera dura que puede ocasionar neoplasia maligna de cavidad nasal en numerosos trabajos del sector de la madera.

Se puede dar el supuesto que el trabajador, según expresa RODRIGUEZ SANTOS⁸²⁹, pueda padecer una patología que se encuentre incluida en la lista, pero que no coincida con el agente en el grupo correspondiente, en estos supuestos, la jurisprudencia, o el supuesto que el agente produzca una enfermedad diferente en alguna de las actividades descritas, para estos casos la jurisprudencia ha resuelto declarando que no tiene que producirse una exclusión directa de calificar una patología, provocada por una sustancia que se encuentra ubicada en otro epígrafe del cuadro, en este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo 26 de junio 2008 (recurso núm. 3406/2006), el trabajador es diagnosticado de carcinoma de laringe, y esta enfermedad no se encontraba catalogada como enfermedad profesional, pero la muerte del trabajador se produjo por inhalación de asbestos, y el RD 1995/1978 recogía que los trabajos expuestos a la inhalación de polvo de amianto eran la causa de carcinoma primitivo de bronquio o pulmón.

Se alistan nuevas patologías, según expresa RODRIGUEZ SANTOS⁸³⁰, como el mesotelioma “*por amianto*”, el cáncer vesical por aminas, la neoplasia de pulmón por berilio, la neoplasia maligna de hígado y conductos biliares intrahepáticos por cloruro de vinilo monómero.

Incluye además, algunas enfermedades del Anexo II de la Recomendación europea al Anexo I del RD, como las afecciones y cánceres broncopulmonares consecutivos a la exposición al hollín, alquitrán, asfalto, brea, antraceno y sus compuestos, aunque no lo ha hecho con el cáncer de

⁸²⁹ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 129.

⁸³⁰ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 121.

esófago por inhalación de polvos de amianto, aunque un reciente Auto del Tribunal Supremo de 27 de septiembre 2018 por el que se inadmite el recurso de casación núm. 1131/2018, realiza un paso muy importante porque reconoce que el hecho de no estar incluida una enfermedad en el listado de enfermedades profesionales no es causa suficiente para no considerarla de origen laboral, de esta manera se está reconociendo que el cáncer de esófago causante del fallecimiento de un trabajador es originado por la exposición repetida e inhalación de polvos de amianto.

No obstante, se argumenta en contra que se procediera a configurar este grupo, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁸³¹, sin realizar de manera previa un registro de los informes de la Seguridad Social de los posibles tumores que puedan afectar a trabajadores que se encuentren expuestos a determinados agentes o sustancias.

Es importante destacar que, en este grupo se han producido dos nuevas incorporaciones, y por tanto se ha ampliado la lista de enfermedades profesionales del RD 1299/2006, y como determinan los artículos 1 y 2 la aprobación del cuadro de enfermedades profesionales y la actualización del mismo, realizándose tal actualización por el Ministerio de empleo y Seguridad Social, así como la incorporación al Anexo I de las enfermedades incluidas en el II respecto de las que quede constatada su carácter de enfermedad profesional. Desde la publicación del RD 1299/2006 se han producido importantes avances en las investigaciones y en el ámbito científico y en el de la medicina que han permitido un mejor conocimiento de los mecanismos de aparición de algunas enfermedades profesionales y de su vinculación con el trabajo.

⁸³¹ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 121.

El primero se produjo al incluir el subagente, el cáncer de laringe producido por inhalación de polvo de amianto, pero, este epígrafe ya existía en el Anexo II, por lo que el RD 1150/2015 de 18 de diciembre suprimió del Anexo II y en consecuencia se modificó el RD 1299/2006, procediendo a la incorporación en el Anexo I, en el grupo 6, una nueva enfermedad profesional: el cáncer de laringe ocasionado por el amianto, con esta incorporación, como expresa PANIZO ROBLES⁸³², se da respuesta a una demanda social en este sentido, incorporación que conlleva unos indudables efectos de cobertura social para los trabajadores que estén afectados por la misma, se añade al agente amianto un nuevo subagente el cáncer de laringe, describiendo las actividades que pueden generar esta enfermedad, 6A0601 a 6A0612, actividades sobre todo que se esté en contacto con el amianto.

Y en segundo lugar el RD 257/2018 de 4 de mayo, publicado en el BOE el 5 de mayo, y ante la evidencia científica que han demostrado que el polvo respirable de sílice libre, que puede adoptar forma cristalina, es susceptible de provocar cáncer de pulmón, se procede a modificar el Anexo I, por el que se añade un nuevo agente R, “*polvo de sílice*”, subagente la enfermedad que causa, cáncer de pulmón, y enumera hasta catorce actividades que pueden ocasionarlo, encontrándose entre ellas actividades como la fabricación de pinturas, plásticos y gomas código 6R0114, o industrias de papel código 6R0113.

7.4.1.6.1. Grupo 6. Interpretación jurisprudencial.

7.4.1.6.1.1. Declaración enfermedad profesional.

Es interesante la Sentencia del Tribunal Supremo 26 de junio 2008 (recurso núm. 3406/2006), porque en este caso el trabajador estuvo en

⁸³² PANIZO ROBLES, J.A.: “Una nueva enfermedad profesional en el sistema de la Seguridad Social (con ocasión del RD 1150/2015, 18 de diciembre.)” en *Aranzadi Digital* núm. 1/2015. BIB 2015/18403

contacto con el amianto durante el tiempo que trabajó en el puerto de Barcelona, falleció a causa de la “*inhalación de asbestos*”, se le diagnosticó cáncer de laringe, siendo ésta la causa del fallecimiento, siendo la cuestión a dilucidar es si esta enfermedad ha de merecer la consideración o no de enfermedad profesional de conformidad con el RD 1995/1978, el apartado f) de este RD hablaba de carcinoma primitivo de bronquio o pulmón por asbestos, mesotelioma pleural y mesotelioma peritoneal debidos a la misma causa derivada de trabajos expuestos a la inhalación de polvo de amianto, es decir no habla de cáncer de laringe. Pero la muerte del trabajador se produjo por inhalación de asbestos, por lo que no debe olvidarse lo previsto en la letra c) del mismo listado, en el punto 6 se dice “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”. Por lo que el Tribunal concluye “a la vista de esta amplia relación contenida en la normativa reguladora de las enfermedades profesionales no cabe excluir, en buena lógica jurídica, el cáncer de laringe producido por la continuada inhalación de asbestos, 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”.

En la Sentencia del Tribunal Supremo 13 de noviembre 2006 (recurso núm. 2539/2005) debe resolver el recurso de casación para unificación de doctrina, consistente en determinar si el fallecimiento del trabajador, estibador en el puerto de Barcelona desde diciembre de 1973, ejerciendo la oportuna acción la viuda, solicitando que se declare la contingencia derivada de enfermedad profesional y no enfermedad común que entendió el INSS en el reconocimiento de la pensión de viudedad. El trabajador portuario fallecido de

un carcinoma de laringe producido por su exposición al amianto durante su vida laboral, según se recoge en el relato histórico de la sentencia de instancia, de ello se deduce que estamos ante una enfermedad contraída a consecuencia del trabajo del artículo 156.2.e) LGSS, pero lo que se debate es si esa enfermedad puede tener la consideración de profesional, por lo que habrá que acudir a la lista oficial vigente en el momento, el RD 1995/1978, llegando a la misma conclusión que la Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de junio 2008, “aunque la enfermedad no se contempla en la letra f) punto 2 , pero cabe encuadrarla en el punto c) 6, por cuanto si se admite que una simple irritación de las vías respiratorias superiores causadas por inhalación de sustancias no comprendidas en otros apartados tenga la consideración de enfermedad profesional, con mayor razón lo será cuando esa dolencia, acredita la realidad de su origen por inhalación prolongada de polvo de amianto, ha degenerado en un cáncer de laringe”.

En la doctrina judicial de los Tribunales Superiores de Justicia también encontramos reconocimientos de enfermedad profesional, la Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid, 12 de diciembre 2012 (recurso núm. 1557/2012) este supuesto es particular porque se reconoce la contingencia profesional en un supuesto de exposición en un periodo de tiempo limitado menos de tres años, cuando se habla de un periodo de latencia de 20 a 40 años, el trabajador, con categoría de oficial de segunda de “*encofrador*”, prestó servicios para la empresa Estructurados y Encofrados Ceca S.L. desde 20 de marzo 2006 al 23 de enero 2009, siendo la actividad de la empresa la construcción. El trabajador inicio en septiembre 2009, cuando trabajaba para la empresa Enermisa S.A. un proceso de incapacidad temporal derivada de enfermedad común, con diagnóstico inicial de neumonía, pero tras diversos estudios se diagnostica mesotelioma pleural maligno, pero considerando el trabajador que la enfermedad que padece deriva del contacto

con el amianto, componente de la uralita que ha estado en contacto en su vida profesional, solicita determinación de la contingencia, resolviendo el INSS el 26 de abril 2010 y declarando el carácter de la contingencia profesional y determina que es responsable la Mutua de la misma. En los antecedentes laborales destaca que ha trabajado en la construcción, en contacto con la uralita, siendo la última empresa que se dedica a la construcción Estructuras y Encofrados Ceca S.L. Por su parte la Mutua alega que el trabajador solo ha realizado servicios para la empresa dos años y nueve meses y no ha realizado trabajos que estuvieran relacionados con materiales tóxicos, y que la fecha del hecho causante de la incapacidad no figuraba de alta en la empresa asociada a la Mutua, denunciando la infracción de los artículos 156. 3 y 157 de la LGSS, considerando además la empresa que es una enfermedad que necesita de un periodo de latencia de 20 a 40 años, resolviendo el Tribunal no se trata de un accidente de trabajo sino una enfermedad profesional y que resulta aplicable el artículo 157 LGSS y el RD 1299/2006 en concreto el grupo 6, subagente 03 del cuadro de enfermedades profesionales que se contempla el mesotelioma de pleura, contraído en industrias en las que se utiliza el amianto, citando entre los trabajos la construcción.

También es interesante la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco 20 de octubre 2015 (recurso núm. 1702/2015), trabajador que ha desarrollado su vida laboral desde 1986 a 2012, desempeñando su actividad profesional tanto en el Régimen General de la Seguridad Social como en el Régimen Especial del Trabajador Autónomo, dedicándose la mayor parte a la construcción, en septiembre 2013 se declara al trabajador en situación de incapacidad permanente absoluta derivada de enfermedad profesional, no estando de acuerdo la Mutua con esta resolución, y considerando que no padece el trabajador enfermedad relacionada con el sílice, y la exposición al amianto ha sido puntual y en un periodo en el que no se encontraba realizando

trabajos por cuenta ajena, al ser coincidente con su incorporación al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos “que no está protegido ante esta contingencia profesional, o al menos no lo estaba en aquella época, y tampoco admite la posible concurrencia de un accidente de trabajo por enfermedad agravada con y causa del elemento laboral, pues el padecimiento sufrido es pluricausal, y la causa determinante se atribuye según el recurrente, la Mutua, al tabaquismo del trabajador fallecido”. Por su parte el Tribunal considera que el trabajador ha estado en contacto con pinturas y barnices durante toda su vida profesional, donde las sustancias como el cadmio, cromo y níquel están presentes, la protección está reconocida en el RD 1299/2006 en el grupo 6 neoplasia maligna de bronquio de pulmón y próstata en actividades de manipulación de cadmio, como es la aplicación de proyección de pinturas y barnices código 6G0113, neoplasia maligna de bronquio de pulmón como es la aplicación de proyección de pinturas y barnices que contengan cromo código 6I0204, y lo mismo respecto del níquel 6K0312. Se reconoce la enfermedad profesional aunque el trabajador ha desarrollado su vida laboral en periodos, que no existía protección directa por esta contingencia en que realizaba el trabajo por cuenta propia.

7.4.1.6.1.2. No se considera enfermedad profesional, algunos supuestos controvertidos.

No se acredita que el “*carcinoma de base de lengua*” guarde relación con la exposición al amianto, el trabajador que desarrolla su actividad por cuenta ajena, en la empresa dedicada a la fabricación de “*fibrocemento*”, cemento, cal, yeso, estuvo en contacto con “*polvo de amianto*”, se le diagnostica de carcinoma epidermoide de base de lengua, tratado con radioterapia y quimioterapia sin respuesta, falleciendo por paro cardio-respiratorio y carcinoma de base de lengua. Solicitando su viuda que de determina que la muerte deriva de enfermedad profesional, resolviendo el tema la Sentencia del

Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 6 de febrero de 2012 “ que tanto el actual cuadro de enfermedades profesionales, RD1299/2006, como el vigente a la fecha del fallecimiento del trabajador causante de la prestación, RD 1995/1978, prevén como enfermedades profesionales relacionadas con la exposición al amianto las que allí se relacionan sin que el carcinoma de base de lengua padecido por éste aparezca relacionado con el amianto al que estuvo expuesto en el tiempo de la prestación laboral, antes al contrario, el trabajador era fumador relacionándose en la literatura científica el carcinoma de base de lengua con el consumo excesivo de alcohol y tabaco, sin que en ninguno de los informes médicos obrantes en autos se relacionara la exposición al amianto con dicho carcinoma”, motivos que justifican la no consideración de la contingencia profesional, no resulta de aplicación el apartado F) del RD 1995/1978 dedicado a las enfermedades sistemáticas, el cáncer de lengua, en la literatura científica se asocia con el consumo excesivo de tabaco y alcohol así como la irritación mecánica crónica, y como factores de riesgo del mismo una mala higiene oral y dental, el trabajador era fumador, cabe concluir que la causa del cáncer y del fallecimiento fue el hábito tabáquico, y además porque esta enfermedad no consta como profesional, determinando el Tribunal que no hay ninguna causa objetiva que determine que la causa haya sido profesional.

Tampoco declara la existencia de enfermedad profesional la Sentencia del Tribunal Superior de Cataluña 9 de enero 2015 (recurso núm. 1387/2013) al supuesto del trabajador de profesión habitual *“peón de pintor de coches”*, a excepción de dos años que trabajo en industria de artículos pirotécnicos, por resolución del INSS se declara en Incapacidad Permanente Absoluta derivada de enfermedad común en julio 2006, extinguiéndose en enero 2007. El trabajador, presenta neoplasia de hipofaringe pendiente de evolución enfermedad pulmonar obstructiva, demanda que la prestación fuera reconocida como derivada de enfermedad profesional, que si bien es

reconocido en instancia pero no en Suplicación, considerando el Tribunal que el trabajador es exfumador de 40-60 cigarrillos al día, en la actualidad 10 cigarrillos día, en la fecha que se produce el hecho causante estaba vigente el RD 1995/1978, y dicha enfermedad no aparece en la lista, en el apartado F) se hace referencia a las enfermedades sistemáticas, en relación al carcinoma de bronquios, pero no aparece esta enfermedad. En el RD 1299/2006 que sustituyo al anterior, en el apartado de neoplasia maligna de bronquio y pulmón, que es una enfermedad distinta a la que se indica, aparece vinculada con la *“actividad de la pirotecnia”*, pero, en cualquier caso no consta que tipo de actividad desempeño el trabajador en esa actividad, ni los niveles de exposición, ni cualquier otro dato que permita objetivamente considerarla como *“probable de dicha patología”*. Con carácter subsidiario el trabajador solicitaba la declaración de la contingencia derivaba de accidente de trabajo, tampoco se contempla porque, no consta acreditada la relación de causalidad entre dolencias y trabajo, no basta para su calificación que el trabajo pueda ser un elemento que incida en la génesis de la enfermedad, *“sino que ha de ser el único factor causal de la misma, no se califica de accidente de trabajo la enfermedad que es fruto de la confluencia de varias causas, algunas de las cuales proviene del trabajo y otras no”*.

7.4.1.7. Enfermedad profesional que se puede ubicar en diferentes grupos.

Tanto en la anterior lista de enfermedades profesionales, regulada en el RD 1995/1978, como en la vigente lista, RD 1299/2006, encontramos enfermedades que se pueden encuadrar en diferentes grupos. En este sentido, en la Sentencia del Tribunal Supremo 18 de mayo 2011 (recurso núm. 2621/2010), el trabajador falleció en septiembre de 2004, había prestado servicios desde febrero de 1965 como soldador oficial de segunda para la empresa Astilleros Españoles y con posterioridad para la empresa ATEINSA. El trabajador falleció como consecuencia de enfermedad profesional por *“cáncer*

de pulmón” en conexión por su exposición al asbestos en periodo superior a veinte años. Según el RD 1995/1978 que se aplica al presente caso, en el grupo C apartado 1 epígrafe b) y también el grupo F apartado 2, por el momento que ocurrieron los hechos, y como establece la Sentencia, “se reconocen como derivadas de los trabajos expuestos a la *“inhalación de polvos de amianto”* el carcinoma primitivo de bronquio o pulmón por asbestos y el mesotelioma pleural, y se contempla la Asbestosis, asociada o no a la tuberculosis pulmonar o al cáncer de pulmón en los trabajos expuestos a la inhalación de polvos de amianto y especialmente: trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales o rocas amiantíferas; tratamiento preparatorio de fibras de amianto (cardado, hilado, tramado, etc.); aplicación de amianto a pistola; trabajos de aislamiento térmico en construcción naval; desmontaje y demolición de instalaciones que contengan amianto”. Estas enfermedades en el vigente cuadro, RD 1299/2006, se podrían encuadrar tanto en el grupo 4, agente C, polvos de amianto, subagente 01, asbestosis, y se describen las mismas actividades, 4C0102, 4C0104, 4C0105, 4C0106, 4C0107, como en el grupo 6, agente 01 neoplasia de maligna de cáncer de pulmón, agente 2 mesotelioma, agente 3 mesotelioma de pleura, describiéndose idénticas actividades 6A0101, 6A0105, 6A0106, 6A0201, 6A0204, 6A0205, 6A0206, 6A0212, 6A0301, 6A0304, 6A0305, 6A0312.

También encontramos en la doctrina judicial de los Tribunales Supriores de Justicia que la enfermedad profesional padecida por el trabajador tienen “encaje en varios apartados del RD 1299/2006, atendiendo a la sustancia en contacto y la actividad profesional que desarrolla, en el supuesto del trabajador que desempeña la actividad de tratamiento y revestimiento de metales, como responsable de línea, consistente en aplicación de recubrimientos de cobre, estaño y estaño-plomo, con exposición habitual y continuada a estos metales, cianuros, ácidos, y de manera esporádica al cromo, pero además ha pasado por todas las secciones de la empresa, por lo que ha podido estar expuesto a

ácidos corrosivos, metales y compuestos y a compuestos orgánicos. En la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco 15 de diciembre 2015 (recurso núm. 1888/2015) que la “enfermedad que padece el trabajador puede encajar en varios apartados”, puede incluirse en el Grupo 1, enfermedades profesionales causadas por agentes químicos, agente A) metales, subagente 1 arsénicos: 1A0114, 1A0115, 1A0116; subagente 3, cadmio y sus compuestos: 1A0301, 1A0305; subagente 8, níquel y sus compuestos: 1A0803; subagente 9, plomo y sus compuestos: 1A0903; agente D) ácidos inorgánicos, subagente 1, ácido nítrico: 1D0103, subagente 4, ácido cianhídrico 1D0406; agente E) ácidos orgánicos, subagente 1, utilización en la limpieza de ácida metales: 1E0109; agente F) alcoholes y fenoles, subagente 1: 1F0104; agente G), aldehídos, subagente 1 aldehídos: 1G0105; agente J) amoniacos 1J0107; agente K) cromados, subagente 1 bencenos: 1K0103. Y se puede incluir en el grupo 6, enfermedades profesionales causadas por agentes cancerígenos, agente C) arsénico y sus compuestos, subagente 1 neoplasia maligna de bronquio y pulmón: 6C0102, 6C0103; agente G) cadmio, subagente 1 neoplasia maligna de bronquio y pulmón: 6G0105; agente I) cromo VI, subagente 2 neoplasia maligna de bronquio y pulmón: 6I0209; agente K) níquel y sus compuestos, subagente 3 neoplasia maligna de bronquio y pulmón: 6K0303; agente Q) ácido cianhídrico, subagente 1: neoplasia 6Q0105.

7.4.2. La lista del Anexo II. Lista complementaria de enfermedades profesionales.

En el Anexo II se contempla una lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha, pero que, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁸³³, no hay una evidencia científica y que su inclusión se producirá en

⁸³³RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 121.

un futuro, cuando se produzca la evidencia, en la lista del Anexo I. la proporción es muy inferior a la lista primera, porque muchas enfermedades de dudosa calificación en el RD 1995/1978 se han incluido directamente en el Anexo I.

No es tan amplia como la del Anexo I, como expresa LOPEZ GANDIA⁸³⁴, en parte porque algunas del Anexo II de la Recomendación europea 2003/670 ya se han incorporado al Anexo I: nódulos de cuerdas vocales, ciertos factores cancerígenos por exposición al hollín, alquitrán, brea, asma bronquial a determinadas afecciones broncopulmonares debidas a ciertos metales; igualmente está incorporado en el Anexo I todo el grupo 3, enfermedades profesionales provocadas por agentes biológicos. Por tanto, hay que señalar que la lista de enfermedades profesionales del Anexo I del RD 1299/2006 incorpora enfermedades que la Recomendación europea considera sospechosas.

7.4.2.1. La lista del Anexo II. ¿Qué consideración tiene esta lista? ¿Es una reconducción a la enfermedad de trabajo?

La lista complementaria del RD 1299/2006 de enfermedades profesionales, como ya se ha mencionado, el origen profesional se sospecha, ésta lista si bien sigue las directrices de la Recomendación Europea 2003/670, hay que tener en cuenta que la Recomendación europea contempla este listado de sospecha también a efectos preventivos y reparadores, pero difiere en otros que a continuación veremos, como expresa LANTARON BARQUIN⁸³⁵, por lo que dificulta más concretar su significado y alcance.

⁸³⁴ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 50.

⁸³⁵ LANTARON BARQUIN, D.: "Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica", en *Relaciones Laborales. Revista Crítica de Teoría y práctica*, núm. 1-2008, págs. 413-451.

Tal y como establece el artículo 1 del RD 1299/2006 “la lista complementaria de enfermedades cuya inclusión en el Anexo I podría contemplarse en el futuro”, se desprende la cuestión planteada por la doctrina, ¿si merecen la consideración de enfermedad profesional las citadas en el Anexo II? Hay varias interpretaciones al respecto, siendo algunas de ellas muy extremas:

Dado que la lista de enfermedades profesionales vigente con anterioridad, el RD 1995/1978, se interpretaba de manera flexible, según describe LANTARON BARQUIN⁸³⁶, se comprendería que el Anexo II del RD 1299/2006 podría ocupar esa amplitud legal, y por tanto considerar enfermedad profesional las listadas en éste Anexo II, esta interpretación tiene a su favor con un elemento formal en el propio RD 1299/2006, en concreto en el artículo 5 que incluye estas enfermedades listadas en el Anexo II cuando regula la comunicación de enfermedades que podrían calificarse como profesionales “a los efectos oportunos , a la entidad gestora, a los efectos de calificación previstos en el artículo 3 y, en su caso, a la entidad colaboradora de la Seguridad Social que asuma la protección de las contingencias profesionales”.

Pero, se razona en contra de esta interpretación que si se sostuviera dicha argumentación vaciaría de contenido la diferenciación por listas, como expresa el propio LANTARON BARQUIN⁸³⁷, porque según se desprende literalmente del artículo 1 del RD 1299/2006 “la lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha, que figura en el Anexo II, y cuya inclusión en el Anexo I podría contemplarse en el futuro”; y como también establece la propia rubrica del Anexo II, que habla de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha no de enfermedades profesionales.

⁸³⁶ LANTARON BARQUIN, D.: “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”, en Relaciones Laborales. Revista Crítica de Teoría y práctica, núm. 1-2008, págs. 413-451.

⁸³⁷ LANTARON BARQUIN, D.: “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”, en Relaciones Laborales. Revista Crítica de Teoría y práctica, núm. 1-2008, págs. 413-451.

De igual manera opina FERNANDEZ COLLADOS⁸³⁸, al expresar que las enfermedades listadas del Anexo II en modo alguno pueden considerarse como auténticas enfermedades profesionales, provistas de la presunción “iuris et de iure”. Pero, entonces estas enfermedades como las calificaríamos, ¿Cómo enfermedad común, profesional o del trabajo?, no parece razonable, considera el autor, interpretar en el sentido de considerarlas comunes, otorgándoles el legislador un simple valor anunciador y guía de futuro, solo para tener en cuenta cuando se realicen las revisiones del Anexo I, pero sin ninguna validez en la actualidad, porque el mero hecho de registrarlas en una lista como sospechosas ya se está reconociendo de alguna manera, que son algo más que simples enfermedades comunes.

Una alternativa viable, según expresa FERNANDEZ COLLADOS⁸³⁹, sería considerar estas enfermedades como profesionales pero que carecen de la presunción “iuris et de iure”, y por tanto, necesitan de una actividad probatoria para demostrar su etiología laboral, pero contra esta solución se podría argumentarse la falta de correspondencia legal con el Estatuto de los Trabajadores, porque califica de manera exclusiva como enfermedades profesionales las del Anexo I.

Por otra parte, es posible que tanto la Recomendación europea 2003/670 como el RD 1299/2006, como expresa LANTARON BARQUIN⁸⁴⁰, cuando incorporan esta lista de sospecha se pretenda favorecer la comunicación de patologías para intentar finalizar los estudios científicos, que o bien faciliten o bien excluyan de manera definitiva su consideración como enfermedad profesional, como pueda suceder en cualquier otro ámbito sanitario, pero ésta norma científico-sanitaria la norma interna fractura, a efectos internos, porque

⁸³⁸ FERNANDEZ COLLADOS, M. B.: “Las enfermedades del trabajo”, ob. cit. pág. 305.

⁸³⁹ FERNANDEZ COLLADOS, M. B.: “Las enfermedades del trabajo”, ob. cit., pág. 305.

⁸⁴⁰ LANTARON BARQUIN, D.: “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”, en Relaciones Laborales. Revista Crítica de Teoría y práctica, núm. 1-2008, págs. 413-451.

incluye el grupo 3 del listado comunitario sospechoso en el listado del Anexo I. debido a lo cual, sería más seguro aproximar la lista complementaria, en cuanto a las consecuencias jurídicas, al accidente de trabajo que a la enfermedad profesional.

Pero lo más apropiado, según expresa FERNANDEZ COLLADOS⁸⁴¹, sería reconducir el cuadro de enfermedades del Anexo II al concepto de enfermedades del trabajo del artículo 156.2.e) LGSS, a las enfermedades no incluidas en el artículo 157 LGSS, las del Anexo I, por tanto se trataría de las enfermedades que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, pero siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del trabajo y que son calificadas “ex lege” como accidente de trabajo, pero entonces el problema estaría en resolver la controversia de si la enfermedad que padece el trabajador está incluida en el Anexo II supone un mero valor indicativo para facilitar la prueba del nexo causal, o si supone una autentica presunción “iuris et de iure”, con lo que determinaría la inversión de la carga de la prueba, por lo que quien persiga que la contingencia no se reconozca como profesional deberá probar la inexistencia de un nexo causal directo entre la enfermedad y el trabajo. Si bien ambas opciones podrían aceptarse, lo mejor sería considerar el Anexo II como un catálogo de enfermedades del trabajo, y que la causalidad directa se presume “iuris tantum”, porque existe dificultad para probar la relación de causalidad de las enfermedades del trabajo, excepto de la presunción de laboralidad del artículo 156.3 de LGSS. Por tanto, estaríamos en presencia de un catálogo de enfermedades profesionales, las del Anexo I, que están dotadas de una presunción “iuris et de iure”, y por otra parte las enfermedades del Anexo II, que serian enfermedades del trabajo, y que se presumirían “iuris tantum”, y en las que si cabria prueba en contrario.

⁸⁴¹ FERNANDEZ COLLADOS, M. B.: “Las enfermedades del trabajo”, ob. cit. pág. 305.

En este mismo sentido, considera LOPEZ GANDIA⁸⁴², las enfermedades del Anexo II deben ser protegidas como enfermedades del trabajo, deben ser consideradas riesgos profesionales al resguardo del artículo 156.2.e) LGSS, aunque no gozando de la presunción “iuris et de iure”, como lo son las del Anexo I, pero sí que se reconoce una cierta relación de causalidad en beneficio del carácter laboral y de su relación con el trabajo. Cuando el artículo 156.2.e) LGSS se refiere a enfermedades no incluidas en el artículo 157 LGSS, se refiere solamente a las del Anexo I, por este motivo a las enfermedades del Anexo II, como no son profesionales en el sentido del artículo 157, a pesar de estar en la lista se aplicaría el concepto de enfermedad del trabajo “casi profesional”. Al producirse la actualización de la lista y al incluirse el Anexo II debe favorecer el reconocimiento de las enfermedades profesionales, sobre todo frente a la enfermedad común porque anteriormente se producía una infradeclaración de la enfermedad profesional.

En un sentido similar se manifiesta PEDRAJAS MORENO⁸⁴³, al establecer que solo son enfermedades profesionales las contempladas en el Anexo I, y las del Anexo II cumplen un papel de aviso o recordatorio de que estamos en presencia de dolencias sobre las que hay que estar muy pendientes, realizándose seguimientos en función de la sospecha y probabilidad de que se constituyan en auténticas enfermedades profesionales.

El Anexo II es evidente que constituye una de las novedades laudables del RD 1299/2006, pero no significa que no pueda ser criticable, según expresa FERNANDEZ COLLADOS⁸⁴⁴, porque hubiera podido reconocer en esta lista de sospecha el reconocimiento de las enfermedades de tipo

⁸⁴² LOPEZ GANDIA, J.: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 34.

⁸⁴³ PEDRAJAS MORENO, J.A.: “La enfermedad profesional concepto y manifestaciones”, en *Justicia Laboral*, núm. 37-2006. BIB 2013/52345.

⁸⁴⁴ FERNANDEZ COLLADOS, M. B.: “Las enfermedades del trabajo”, ob. cit. pág. 306.

psicológico o psicosomático, dando pie, su ausencia, a interpretaciones muy diferentes.

7.4.2.2. La lista del Anexo II. Estructura.

En cuanto a su estructura, en esta lista se incluyen seis grupos de enfermedades que comprenden, según describe MORENO CALIZ⁸⁴⁵, idénticos agentes que los dispuestos en el Anexo I. Pero la denominación del Anexo II no habla de cuadro de enfermedades, sino que el encabezamiento es “lista complementaria”, por otra parte el sistema de ordenación de los apartados es distinto, el Anexo I los clasifica en “grupo, agente, subagente, actividad y código,” como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁸⁴⁶, mientras que el Anexo II se clasifican en “lista, grupo, agente, código, descripción, no se realiza ninguna mención al subagente y tampoco se incluye como criterio clasificador las principales actividades capaces de producir las enfermedades, siendo reemplazado por el apartado “descripción”, pero solo en parte porque a excepción de la caries dental causada por el trabajo en industrias chocolateras, del azúcar y de la harina, no se describen las actividades.

De conformidad con la clasificación que realiza la norma, brevemente se realizará una descripción de cada uno de los grupos:

En el grupo 1, enfermedades provocadas por agentes químicos, se contemplan hasta 31 sustancias, entre ellas la plata, el cobre. Como describe LOPEZ GANDIA⁸⁴⁷, hay que destacar las enfermedades provocadas por la inhalación de polvo de nácar, las provocadas por utilización de ozono, las provocadas por sustancias hormonales o caries dental. En cuanto a su

⁸⁴⁵ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 12

⁸⁴⁶ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 121. En el mismo sentido MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 12.

⁸⁴⁷ LOPEZ GANDIA, J.: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 53.

configuración sigue la Recomendación europea 2003/670, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁸⁴⁸, a excepción de algunas exclusiones como bifenilo, tetrahidrofurano y furfural, pero hay que destacar que existen incongruencias, hay una cláusula genérica donde establece que “se incluyen agentes no comprendidos en el Anexo I, planteándose la cuestión de cuáles se encuentran en una lista u otra, sucede con alcoholes, glicoles, éteres, cetonas y esteres o sus derivados halogenados, códigos C110, C111, C112, C113, C114, C115.

En cambio en grupo el 2, enfermedades provocadas por agentes físicos, solo encontramos dos patologías, las provocadas por vibraciones verticales repetitivas y las enfermedades provocadas por el frío.

En el grupo 3, enfermedades causadas por agentes biológicos, el RD 1299/2006 establece que “no existen enfermedades susceptibles de inclusión en este grupo cuando se publicó el RD”, y las que pudieran estar ya se han incluido en el cuadro de enfermedades profesionales.

En el grupo 4, enfermedades provocadas por inhalación de sustancias no comprendidas en otros grupos, como expresa MORENO CALIZ⁸⁴⁹, se encuentran cuatro enfermedades producidas por inhalación de sustancias: 1) fibrosis pulmonares debidas a metales no incluidos en otros apartados, 2) afecciones broncopulmonares debidas a fibras minerales artificiales, 3) afecciones broncopulmonares debidas a fibras sintéticas y 4) afecciones respiratorias, asma, causadas por sustancias irritativas no recogidas en el cuadro de enfermedades profesionales.

En el grupo 5, enfermedades de la piel, causadas por sustancias o agentes no comprendidas en otros grupos. Según describe RODRIGUEZ

⁸⁴⁸RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 122.

⁸⁴⁹ MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 12

SANTOS⁸⁵⁰, de la misma manera que en la lista europea se establece un epígrafe de cierre para las afecciones cutáneas alérgicas y ortoérgicas no reconocidas en el Anexo I. Posiblemente, como expresa LOPEZ GANDIA⁸⁵¹, en este grupo, la configuración en el Anexo I de las enfermedades de la piel es tan amplia que es innecesario recurrir a éste grupo del Anexo II.

En el grupo 6, enfermedades provocadas por agentes cancerígenos, cuando se publicó el RD 1299/2006, en este grupo había dos patologías: a) las enfermedades provocadas por agentes carcinógenos no incorporados en apartados anteriores, con la clasificación C1 (sustancias carcinógenas de primera categoría, es decir, que se sabe que son carcinógenas para el hombre) y C2 (sustancias carcinógenas de segunda categoría, respecto de las cuales existe una presunción de que pueden considerarse carcinogénicas para el hombre) dada por el RD 1124/2000 de 16 de junio, que modifica el RD 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, y b) el cáncer de laringe producido por inhalación de polvo de amianto, pero, este epígrafe se suprimió del Anexo II, en el RD 1150/2015 de 18 de diciembre, por el que se modificó el RD 1299/2006, y se incorporó en el Anexo I, cuadro de enfermedades profesionales, grupo 6, enfermedades profesionales causadas por agentes cancerígenos, agente A, se añadió un nuevo subagente 06, cáncer de laringe.

Por otra parte, no se incluye todo lo que establece la Recomendación europea en el grupo 6 del Anexo II, como describe RODRIGUEZ SANTOS⁸⁵², porque ésta lista incluye los cánceres por asfalto o carbazol y sus compuestos,

⁸⁵⁰RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 123.

⁸⁵¹LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", ob. cit. pág. 53.

⁸⁵²RODRIGUEZ SANTOS, E.: "El cuadro de enfermedades profesionales", en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 123.

pero el RD 1299/2006 no los incorpora al Anexo II, grupo 6, porque se incluyeron en el Anexo I.

7.4.2.3. La lista del Anexo II. Ausencias.

A pesar de que el RD 1299/2006 continúa en un plano muy clásico, como expresa BLASCO LAHOZ⁸⁵³, la Recomendación 2003/670, unida a los procesos industriales, a los elementos y sustancias, pero renuncia a incluir otros procesos productivos, de muchas actividades en el sector de servicios y de las dolencias relacionadas con la organización y las cargas de trabajo, y no menciona, que si lo realiza la Recomendación europea, cualquier enfermedad de tipo psicológico o psicosomático.

No obstante la identificación de manera casi literal en muchos apartados entre ambas listas vigentes, la española y la europea, como expresa AGUDO DÍAZ⁸⁵⁴, por su parte la lista europea de enfermedades profesionales en el artículo 1 establece que las enfermedades listadas en el Anexo I del cuadro deben ser objeto de medidas preventivas, recomendando a los estados miembros que promuevan la investigación de las enfermedades relacionadas con su actividad profesional, en particular para las enfermedades descritas en el Anexo II y para los trastornos de carácter psicosocial que estén relacionadas con el trabajo, pero hay una total ausencia en el RD 1299/2006 en materia de trastornos de carácter psicosocial.

Las enfermedades que tienen su origen en riesgos psicosociales inherentes a trabajos específicos no se contemplan en el nuevo cuadro, que en opinión de FERNANDEZ COLLADOS⁸⁵⁵, en el listado de enfermedades sospechoso, el Anexo II, se hubiera podido proceder al reconocimiento de las

⁸⁵³ BLASCO LAHOZ, J.F.: *Enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 57.

⁸⁵⁴ AGUDO DÍAZ, J: "Nuevo cuadro de enfermedades profesionales: una deuda histórica", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 84.

⁸⁵⁵ FERNANDEZ COLLADOS, M. B.: "Las enfermedades del trabajo", ob. cit. pág. 305

enfermedades de tipo psicológico o psicosomático, como parte integrante de esta lista complementaria. Por su parte considera AGUDO DÍAZ⁸⁵⁶, que es un apartado muy espinoso, por cuanto determinar el origen profesional de un trastorno psíquico puede ser una tarea compleja, estimando que este tema se trataría en la mesa de diálogo social, además ocuparía horas de debate, sin que las partes pudieran llegar a un entendimiento. Por consiguiente, estando de acuerdo todos los profesionales de la salud que, determinadas profesiones y actividades donde existen riesgos psicosociales evidentes en el progreso, dando lugar al desarrollo de alteraciones psíquicas en los trabajadores, era la oportunidad de proceder a incluirlas en el Anexo II.

Como ya se ha mencionado y expresan diferentes autores como RODRIGUEZ SANTOS⁸⁵⁷, no se expresa la referencia del subagente, y por tanto no se incluye como elemento clasificador las principales actividades capaces de provocar las enfermedades.

7.4.2.4. La lista del Anexo II. Alternativa a un sistema mixto.

El actual sistema de lista cerrada, que se concreta en diferenciar enfermedades profesionales y enfermedades del trabajo, debe desaparecer, como expresa FERNANDEZ COLLADOS⁸⁵⁸, que aunque se acerca hacia un sistema mixto, pero con el inconveniente que conlleva al calificar como accidente de trabajo las enfermedades que no se encuentran listadas, por lo que considera que este sistema debe ceder a un sistema mixto, sistema donde se combinase el cuadro de enfermedades calificadas “a priori” de profesionales, y dejar una cláusula abierta para permitir judicialmente la

⁸⁵⁶ AGUDO DÍAZ, J: “Nuevo cuadro de enfermedades profesionales: una deuda histórica”, en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 84.

⁸⁵⁷ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 123.

⁸⁵⁸ FERNANDEZ COLLADOS, M. B.: “Las enfermedades del trabajo”, ob. cit. pág. 309.

posibilidad de considerar enfermedad profesional siempre que se demuestre la existencia de una conexión causal con el trabajo.

Por otra parte, a pesar de que nuestro sistema vigente parece cerrado, como expresa RODRIGUEZ SANTOS⁸⁵⁹, existen determinados factores que favorecen el camino hacia el sistema mixto, estos factores si por una parte nos muestran la posibilidad de cierta flexibilidad para reconocer las enfermedades profesionales, pero al mismo tiempo estos factores pueden interpretarse en el sentido de que al haberse ampliado las enfermedades, los agentes y las actividades, así como la sistematización y ordenación del cuadro, se pretenda por el legislador eludir una interpretación amplia, analógica por la vía judicial, porque al existir el Anexo II se puede interpretar como cierre del sistema.

De la propia lectura del enunciado del Anexo II, “enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el cuadro de enfermedades profesionales podría contemplarse en el futuro”, parece sugerir, en opinión de RODRIGUEZ SANTOS⁸⁶⁰, que no incluye su calificación como profesionales. Las enfermedades de la lista complementaria se incorporaran al cuadro del Anexo I cuando una enfermedad esté relacionada con el trabajo, en un periodo prolongado en el tiempo y se comprueba que aparece con frecuencia vinculada a una actividad laboral, y además está relacionada con la exposición de elementos perjudiciales, en determinados ambientes de trabajo, por tanto, esto nos permitiría tener en cuenta que hay una posibilidad evidente de que dicha enfermedad aparece cuando se realizan dichos trabajos, por lo que podría considerarse que el Anexo II es un paso previo necesario para que una determinada patología se incluyera en el Anexo I. Pero no hay que olvidar, que el propio RD 1299/2006 permite que el Ministerio de Trabajo y Seguridad

⁸⁵⁹RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 124.

⁸⁶⁰RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 129.

Social, previo informe del Ministerio de Sanidad pueda incluir cualquier enfermedad en el Anexo I sin necesidad de pasar primero por el Anexo II.

En defensa de un sistema mixto, debidamente configurado que aportaría una mayor seguridad jurídica y se impediría la actual confusión terminológica, considera FERNANDEZ COLLADOS⁸⁶¹, que en la LGSS debería incluirse el Anexo II, para dar la posibilidad de actuar tanto desde el punto de vista protector como en la reparación y prevención de las denominadas enfermedades del trabajo.

Determinar cuál es el valor jurídico que pueda darse al Anexo II, para MORENO CALIZ⁸⁶², no está especificado, porque el legislador copia el Anexo II de la Recomendación europea, pero no determina si las enfermedades incluidas en esta lista complementaria, si se prueba el nexo causal, puedan ser calificadas como profesionales. La cuestión es si es posible reconocer como enfermedad profesional una determinada patología que, sin estar incluida en el Anexo I, se pruebe la conexión entre la enfermedad, incluida en el Anexo II, y el trabajo o actividad desarrollada, porque si se considerara esta patología como enfermedad profesional se estaría contradiciendo lo establecido en el artículo 156.2.e) LGSS, que califica la enfermedad causada por el trabajo, de forma directa y exclusiva, como accidente de trabajo, se estaría contradiciendo lo que viene establecido por Ley, y el Consejo Económico y Social ya advirtió al legislador en su dictamen del silencio del legislador en cuanto a los efectos jurídicos del Anexo II.

Ante esta situación, plantea FERNANDEZ COLLADOS⁸⁶³, que deberían revisarse los artículos 156 y 157 de la LGSS, en el sentido de eliminar el apartado 2 e) del artículo 156, tendrán la consideración de accidente de

⁸⁶¹ FERNANDEZ COLLADOS, M. B.: "Las enfermedades del trabajo", ob. cit. pág. 309.

⁸⁶² MORENO CALIZ, S.: "Análisis de la reforma de las enfermedades profesionales", ob. cit.

⁸⁶³ FERNANDEZ COLLADOS, M. B.: "Las enfermedades del trabajo", ob. cit. pág. 309.

trabajo: las enfermedades no incluidas en el artículo siguiente, es decir la asimilación genérica de enfermedad del trabajo, e incluir las enfermedades del trabajo en el artículo 157 en el apartado 2 “se calificaran como enfermedades profesionales la modalidad prevista en el artículo 156 2 e), es decir las que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. Y debería añadirse otro apartado en el artículo 157 LGSS donde mencionase el Anexo II, “la causalidad directa y exclusiva con la ejecución del trabajo se presumirá, salvo prueba en contrario, para las enfermedades incluidas en la lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el cuadro de enfermedades profesionales podría contemplarse en el futuro”, refiriéndose al Anexo II.

Planteándose la cuestión en torno a determinar cuál es la finalidad del Anexo II, considera RODRIGUEZ SANTOS⁸⁶⁴, que hipotéticamente se podría admitir que el Anexo II realizase una función de un verdadero complemento del cuadro de enfermedades profesionales, y así podríamos hablar de un sistema flexible de calificación, para aquellos supuestos que no cabe la posibilidad de incluir una concreta enfermedad en el Anexo I el trabajador tendría la opción de demostrar que existe nexo causal entre la actividad profesional y la enfermedad que se sospecha que tiene origen profesional porque está incluida en el Anexo II, y por tanto proporcionándole al trabajador la protección como si se tratara de una enfermedad profesional. Al proceder al registro de los casos concretos ayudaría a realizar un estudio conjunto con otros supuestos, para llevar un seguimiento y una comprobación si en un periodo determinado de tiempo la patología se vinculaba con frecuencia con la exposición a los elementos dañinos, en un determinado ambiente de trabajo y, también, en el ejercicio de una determinada actividad

⁸⁶⁴RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 132.

laboral, derivándose, cuando se demuestre del nexo causal, la incorporación oficial, de ésta patología, en la lista básica, el Anexo I.

Según estas manifestaciones se podría interpretar que el Anexo II supone una vía de flexibilidad del actual sistema cerrado, vigente en nuestro ordenamiento jurídico, al permitir que las enfermedades del Anexo II pueda el trabajador demostrar la existencia del nexo causal entre la actividad profesional y la patología padecida.

7.5. Notificación y registro de la enfermedad profesional en el Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre.

En España ha sido tradicional el nivel bajo de declaración de enfermedades profesionales, como expresa LOPEZ GANDIA⁸⁶⁵, las razones de la infradeclaración se encontraba tanto en una lista deficiente hasta la reforma, como al propio sistema de notificación y declaración que estaba vigente, las limitaciones del parte de enfermedad profesional, poco interés y poca formación. Por tanto para remediar estas imperfecciones la nueva regulación establecida en el RD 1299/2006 no se limita sólo a actualizar la lista sino que insiste en el sistema de declaración, calificación y notificación. De esta manera, para garantizar al máximo la declaración de todos los casos de enfermedad profesional, y para confirmar su notificación y comunicación se modifica el procedimiento de iniciación, agilizándolo, simplificando los trámites.

Una consecuencia importante que derivaba del concepto limitado de la enfermedad profesional, como expresa MORENO CALIZ⁸⁶⁶, era la infradeclaración de las enfermedades profesionales, que entre otras causas,

⁸⁶⁵ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 31.

⁸⁶⁶ MORENO CALIZ, S.: "La tutela de la enfermedad profesional". ob. cit. BIB 2001/990.

siendo la más importante la existencia de un deficiente, insuficiente y caduco sistema de notificación que databa de 1973 y, que producía que no se declarasen todas las enfermedades de origen laboral que padecen los trabajadores, siendo encauzadas y tratadas como accidente de trabajo.

En la normativa anterior al RD 1299/2006 la enfermedad profesional se diagnosticaba por el parte médico, del profesional que atiende al trabajador, el de la entidad colaboradora o el del centro de salud, como expresa LOPEZ GANDIA⁸⁶⁷, y éste parte era entregado al trabajador para que lo entregase a la empresa, quien debería rellenar los datos económicos oportunos remitiéndolo a la entidad gestora o colaboradora que se hacía cargo de la cobertura de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, siendo obligación de la empresa de emitir el parte de enfermedad profesional en el modelo oficial, indistintamente si producía o no la baja del trabajador o su muerte, y lo enviaba a la entidad gestora o colaboradora.

Por su parte, en el preámbulo del RD 1299/2006, según describe GARCIA COCA⁸⁶⁸, explica que el actual mecanismo de tramitación y registro de las enfermedades profesionales tiene como objetivo “hacer aflorar enfermedades profesionales que hasta el momento estaban ocultas, evitando el subregistro de tales enfermedades”. En relación a éste objetivo no se implanta un nuevo modelo de declaración de enfermedades profesionales sino que se realiza una revisión corrigiendo y modificando los aspectos concretos del procedimiento anterior y estableciendo rectificaciones importantes:

1.- La primera modificación se produce en la fase de iniciación, se libera al empresario de la responsabilidad de notificar y comunicar la enfermedad profesional, esta obligación se traslada al INSS o a las Mutuas Colaboradoras

⁸⁶⁷ LOPEZ GANDIA, J.: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales”, ob. cit. pág. 31.

⁸⁶⁸ GARCIA COCA, O.: “Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC. La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 281.

de la Seguridad Social (en adelante MCSS), según la Orden TAS/1/2007 de 7 de enero, éstas entidades tienen la obligación de elaborar y tramitar el parte de enfermedad profesional, por tanto hay una mayor vinculación entre la notificación y la actuación médica para diagnosticar una enfermedad profesional. Pero no hay que olvidar, que la colaboración tanto del empresario como del trabajador, es necesaria para comunicar la información detallada al facultativo médico para que pueda realizar lo más correcto posible el diagnóstico del padecimiento del trabajador, según se desprende del artículo 4 del RD 1299/2006 y artículo 3 de la Orden TAS/1/2007. Igualmente, como expresa GARCIA COCA⁸⁶⁹, se pretende apresurar el procedimiento para impedir que se produzca una vulneración de la confidencialidad del paciente, situación que si se producía cuando los datos de carácter sanitario eran de libre acceso por parte del empresario cuando el trabajador le remitía los partes médicos para que tramitase los datos económicos del trabajador antes de remitirlo al INSS o la MCSS.

2.- Se reconoce, si bien ya se venía demandando, como expresa MORENO CALIZ⁸⁷⁰, por parte de los agentes sociales y que se asomaba en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y el Reglamento de los Servicios de Prevención, una mayor participación a los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud y de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, pues, como expresa LOPEZ GANDIA⁸⁷¹, el artículo 5 del RD 1299/2006 establece la obligación de estos profesionales, y de los Servicios de Prevención de comunicar con ocasión de sus actividades profesionales la existencia de una enfermedad, tanto las profesionales incluidas en el Anexo I como las del Anexo II, mediante el organismo competente de cada Comunidad Autónoma a

⁸⁶⁹ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC. La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 281.

⁸⁷⁰ MORENO CALIZ, S.: "Análisis de la reforma de la enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias", ob. cit. pág. 15-26.

⁸⁷¹ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", ob. cit. pág. 57.

la entidad gestora, y para el caso que también se requiera a la entidad colaboradora que asuma la protección de las contingencias profesionales. La finalidad de esta obligación, que también debe realizarse incluso cuando la enfermedad no de lugar a baja médica, o incluso cuando el trabajador se encuentre en situación de desempleo, o ha pasado a la condición de pensionista de incapacidad o de jubilación, para el supuesto que la enfermedad profesional se manifieste en esta etapa, que si bien se adquirió en otro momento, pero al ser de evolución lenta y progresiva, en muchas ocasiones, no había producido los efectos. Esta comunicación la realizaran cuando en el desarrollo de sus funciones médicas tengan conocimiento de una posible enfermedad profesional.

La finalidad de esta mayor participación, reconocida en el RD 1299/2006, a los facultativos sanitarios del Servicio Nacional de Salud dependerá, como expresa GARCIA COCA⁸⁷², de si realmente pueden asumir estas nuevas competencias que se le adjudican, cuando no se proporcionan medidas para documentar en esta materia a los profesionales sanitarios. Por tanto, la evidencia es que existe una gran dificultad por parte de los médicos de familia para conocer, no solo, todas las sintomatologías de las múltiples patologías de las enfermedades profesionales, sino también las patologías del Anexo II. Este inconveniente se acrecienta más si tenemos en cuenta dos factores como son, por una parte el tiempo dilatado de latencia de la enfermedad, ello supone que cuando aparezcan los síntomas es posible que el trabajador ya no desarrolle ese trabajo con lo que dificulta más la conexión causal entre la patología que padece y su anterior trabajo; y por otra parte los elementos multicausales implicados.

⁸⁷² GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC. La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 284.

3.- En el RD 1299/2006 se establece un nuevo modelo de parte de enfermedad profesional, debiendo realizarse su tramitación por medios electrónicos, como expresa LOPEZ GANDIA⁸⁷³, para garantizar la simplicidad de la información entre la entidad gestora o colaboradora, la empresa, la Administración laboral, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, los servicios de prevención y el resto de instituciones que se puedan ver implicadas.

4.- Por otra parte también se demanda la coordinación entre las Administraciones laboral y sanitaria, como expresa GARCIA COCA⁸⁷⁴, para poder realizar con mayor eficacia la tramitación de los expedientes. De esta manera quedan implicadas tanto la Administración General del Estado, mediante las entidades gestoras de la Seguridad Social, como las Administraciones de las Comunidades Autónomas, tanto si son del Sistema Sanitario Público como de vigilancia, seguimiento y control de la actividad sanitaria de los Servicios de Prevención y de las MCSS. Las Administraciones Autonómicas tienen una participación específica en el procedimiento de declaración, porque los entes autonómicos adquieren las funciones de registro, investigación de las enfermedades profesionales y además, de recepción de las sospechas que comuniquen los facultativos del Sistema Nacional de Salud y de los Servicios de Prevención. En este sentido se establece en la Disposición adicional segunda del RD 1299/2006.

La Orden TAS/1/2007 añade otra función a la información que se recibe de las enfermedades profesionales, y es la constitución de un fondo de información donde se realizaran las tareas necesarias para armonizar estadísticamente a nivel comunitario y, para realizar un rastreo de la salud y

⁸⁷³ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 58.

⁸⁷⁴ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC. La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 281.

seguridad de los trabajos con la intención de resultar más válida la política de prevención de riesgos laborales.

Los artículos 4 y 5 del RD 1299/2006 regulan el procedimiento de notificación y registro de las enfermedades profesionales, siendo completada por la regulación de la Orden TAS/1/2007, como expresa GARCIA COCA⁸⁷⁵, estableciendo el modelo de parte oficial, normas para su elaboración y transmisión y además se crea un fichero de datos personales, donde deben observarse en el parte de enfermedad profesional la normativa de la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal.

7.5.1. Procedimiento de notificación y registro de la enfermedad profesional en el Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre.

La Disposición Adicional Primera del RD 1299/2006 remite a un sistema de gestión de las enfermedades profesionales, que consiste en un procedimiento de tramitación por medios electrónicos, artículo 1 de la Orden TAS 1/2007, como expresa LOPEZ GANDIA⁸⁷⁶ y como abogaba el Grupo de Trabajo de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud, para obtener una mayor fluidez de la información entre la entidad gestora o colaboradora, la empresa, la Administración Laboral, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, los servicios de prevención y demás instituciones que se vean implicadas.

La Orden TAS/1/2007 regula el nuevo parte de enfermedad profesional, por tanto desarrolla el RD 1299/2006 y, como expresa LOPEZ GANDIA⁸⁷⁷,

⁸⁷⁵ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC. La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 282.

⁸⁷⁶ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 58.

⁸⁷⁷ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 58.

deroga los apartados 1 y 2 de la Orden de 13 de octubre 1967. La nueva regulación por una parte realiza, como la norma que deroga, una actitud reparadora a efectos de la gestión de las prestaciones derivadas de las enfermedades profesionales, y además intenta armonizar estadísticamente la información, de conformidad con las normas europeas, y facilitar la vigilancia de la prevención mediante la comunicación de datos fiables y apropiados.

Como se ha indicado, la iniciativa en el proceso de declaración de enfermedad profesional corresponde tanto a los médicos del Sistema Nacional de Salud como a los Servicios de Prevención, como expresa GARCIA COCA⁸⁷⁸, estos facultativos en el momento detectan que un trabajador pueda padecer una dolencia que pueda estar relacionada con su trabajo, y que pueda considerarse una enfermedad que pueda calificarse como profesional porque se encuentre en el catálogo en el Anexo I del cuadro recogido en el RD 1299/2006, o también en el caso de que se sospeche su origen profesional y se encuentre incluida en el Anexo II de la misma norma, los facultativos realizarán su diagnóstico y deberán comunicarlo al INSS o la MCSS quienes deberán calificar, se realizara la comunicación mediante el organismo competente de cada comunidad autónoma y de las ciudades con Estatuto de Autonomía, según establece el artículo 5 del RD 1299/2006.

El procedimiento es muy parecido si el trabajador enfermo se dirige al Servicio Público de Salud como a las MCSS, pero según expresa GARCIA COCA⁸⁷⁹, normalmente se suele acudir a su médico del Sistema Público para que valore si existen indicios de que la enfermedad pueda ser generada por el trabajo. Por tanto hay que destacar la importancia que se adjudica a los facultativos sanitarios del Servicio Nacional de Salud porque suelen ser

⁸⁷⁸ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC. La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 282.

⁸⁷⁹ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC. La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 283.

quienes atienden en primer lugar al paciente, y quienes primero diagnostican la enfermedad profesional recogida en el Anexo I, y quienes pueden detectar que una dolencia se sospeche con fundamento que pueda tener origen profesional, de la norma reglamentaria parece desprenderse que los facultativos estén alerta al origen de las patologías que atienden. Pero la realidad es que, tanto los médicos de familia como especialistas del Sistema Nacional de Salud, tiene dificultad para conocer los síntomas de las distintas y variables enfermedades profesionales, especialmente de las situaciones incluidas en el Anexo II.

La Orden TAS 1/2007, en el artículo 5 y la Disposición Adicional Primera, se establecen las normas para elaboración y transmisión del parte, como establece GARCIA COCA⁸⁸⁰, se crea el correspondiente fichero de datos personales, siendo la aplicación informática para realizar ésta tramitación, CEPROSS (Comunicación de las Enfermedades Profesionales a la Seguridad Social), y siendo administrada esta aplicación por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, y siendo su estructura el conjunto de mecanismos que permiten transferir por vía electrónica, para lo cual se generara el correspondiente fichero de datos personales. Con el sistema informatizado de comunicación del parte de enfermedad profesional, la información es más rápida y eficaz, y permite que la Seguridad Social pueda disponer en tiempo real de los datos, tanto del trabajador como de la empresa, en el momento se grave el parte, así, de esta manera se está dando una mayor agilidad en el tratamiento de los datos.

⁸⁸⁰ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC. La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 285.

7.5.1.1. Contenido del parte electrónico de enfermedad profesional.

El contenido del parte electrónico es amplio, como expresa LOPEZ GANDIA⁸⁸¹, centrándose sobre todo no en los datos del trabajador a efectos de la incapacidad temporal, porque muchos de esos datos ya se encuentran en la base de datos de la Seguridad Social, sino que sobre todo en cuanto a la documentación del tipo y clase de trabajo, tanto en el puesto actual del trabajador al sufrir la enfermedad como los puestos de trabajo anteriores, la duración de los mismos, en cuanto que puedan ser útiles para determinar el posible indicio de la enfermedad profesional.

El Anexo de la Orden TAS 1/2007 se concreta y se especifica, como expresa MORENO CALIZ⁸⁸², el contenido del parte de enfermedad profesional, y en el que hay que destacar la exigencia de registrar determinada información en materia de prevención de riesgos laborales, como indicar la modalidad de organización preventiva adoptada por la empresa, si se realizó la evaluación de riesgos del puesto de trabajo, si se ha informado a los representantes de los trabajadores en relación a los daños producidos en la salud de los trabajadores, de conformidad con el artículo 36.2 c) de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Además hay que tener en cuenta que la información en relación a la empresa, no solo se refiere a la empresa que contrata al trabajador, sino también la empresa usuaria o contratista donde el trabajador realice la actividad como subcontratado o cedido por una empresa de trabajo temporal, por lo que se refuerzan las garantías de protección de la salud del trabajador.

En relación a los datos de la empresa, lo primero que hay que realizar,

⁸⁸¹ LOPEZ GANDIA, J.: "El nuevo régimen jurídico de las enfermedades profesionales", en *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 58.

⁸⁸² MORENO CALIZ, S.: "Análisis de la reforma de la enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias". ob. cit. pág. 15-26.

como establece GARCIA COCA⁸⁸³, es introducir el Código de Cuenta de cotización, esta actuación simplifica el procedimiento porque automáticamente se vuelcan en la aplicación los datos de la plantilla de la empresa, la actividad económica según la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CANAE), la clave de cotización por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

En cuanto a los puestos de trabajo en el que haya estado expuesto el trabajador a la enfermedad profesional, se deberá señalar, como expresa MORENO CALIZ⁸⁸⁴, la ocupación del puesto de trabajo actual, que se realiza de conformidad con la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO), también se deberá señalar el tipo de trabajo actual, según se determina en la tabla 2 del Anexo de la Orden TAS 1/2007, y el tiempo en meses, que el trabajador ha estado en dicho puesto de trabajo, y el anterior si se presume como inicio de la enfermedad profesional.

En cuanto a la información del diagnóstico, que también debe establecerse en diversos apartados del parte de enfermedad, se clasificara conforme a la nominación que establece CIE-10⁸⁸⁵, según los criterios de inclusión para las enfermedades profesionales establecidos en Eurostat (portal de datos abiertos de la Unión Europea).

Además de los datos que sirven para identificar al trabajador y a la empresa, de los datos relacionados con el diagnóstico, también son importantes y hay que hacer mención a la comunicación de los datos

⁸⁸³ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC. La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 288.

⁸⁸⁴ MORENO CALIZ, S.: "Análisis de la reforma de la enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias", ob. cit. pág. 15-26.

⁸⁸⁵ CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades elaborada por la Organización Mundial de la Salud, en www.mscbs.gob.es, versión actualizada 2ª edición enero 2018; The National Center for Health Statistics (NHCS). <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm.htm>

económicos, como expresa TOSCANI GIMÉNEZ⁸⁸⁶, imprescindible para poder proceder al cálculo de las prestaciones por incapacidad, para el supuesto de que el trabajador tuviera derecho si al final se tratara de una enfermedad profesional. Los datos económicos a incluir en el parte, como establece GARCIA COCA⁸⁸⁷, son las cotizaciones del trabajador por contingencias profesionales, y solo se deberán incluir cuando la enfermedad profesional provoque la baja por incapacidad temporal y a los solos efectos de calcular la prestación que corresponda en beneficio del trabajador incapacitado, por tanto se deberá aportar la información económica de la base de cotización mensual del mes anterior, los días cotizados, la base reguladora diaria, y también la base de cotización anual respecto de las horas extras y por otros conceptos. Será necesario determinar el promedio diario de los conceptos incluidos en la base reguladora, la determinación es imprecisa porque en el parte no se establece la fórmula para calcular esta base, siendo necesario para determinar la cuantía del subsidio.

El sistema CEPROSS, guarda el último apartado, al que solo puede tener acceso restringido y de manera exclusiva el INSS, como establece GARCIA COCA⁸⁸⁸, en éste apartado se deberá incluir la información que ha conducido al INSS, que es el órgano competente, para otorgar la calificación de enfermedad profesional, a quien corresponde la supervisión del proceso, y se deberá incorporar la fecha que se reconoce y los datos médicos definitivos.

⁸⁸⁶ TOSCANI GIMÉNEZ, D.: "Luces y sombras en la regulación de las enfermedades profesionales", en *Gestión práctica de riesgos laborales*, núm. 48-2008, págs. 28-36

⁸⁸⁷ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC. La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 288.

⁸⁸⁸ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC. La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 288.

7.5.1.1.1. Guía de los síntomas y patologías relacionado con el agente causante de enfermedad profesional.

Como se ha nombrado, es importante dentro del contenido del parte electrónico de enfermedad profesional, el diagnóstico de la misma, como establece GARCIA COCA⁸⁸⁹, y la gran dificultad, que tienen tanto los médicos de familia como los especialistas del Sistema Nacional de Salud, para conocer de las muy diversas sintomatologías de las múltiples y diversificadas enfermedades profesionales.

Teniendo en cuenta, como expresa MORENO CALIZ⁸⁹⁰, que tanto el Decreto 792/1961 de 13 de abril, por el que se procede al aseguramiento de las enfermedades profesionales y la Obra de Grandes Inválidos y Huérfanos fallecidos por accidente de trabajo y enfermedad profesional y Disposiciones complementarias, era la normativa que regulaba los síntomas y patologías relacionados con el agente causante de la enfermedad profesional, como las Órdenes Ministeriales 12 de enero de 1963 y 15 de diciembre de 1965, que aprueban las normas reglamentarias de carácter médico, por las que se habían de regir los reconocimientos médicos, diagnóstico y calificación de las enfermedades, tanto unas como otras fueron derogadas por el RD 1995/1978 de 12 mayo, por el que se aprobó el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social, pero algunas de estas normas médicas reglamentarias, como expresa HEVIA-CAMPOMANES CALDERON⁸⁹¹, las relativas a reconocimientos médicos, diagnósticos y calificación de las enfermedades siguen siendo utilizadas en ocasiones. Y, si bien, en los borradores del actual RD 1299/2006 si que se incluían estos datos para

⁸⁸⁹ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC. La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 284.

⁸⁹⁰ MORENO CALIZ, S.: "Análisis de la reforma de la enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias". ob. cit. pág. 15-26.

⁸⁹¹ HEVIA-CAMPOMANES CALDERON, E.; MIRANDA RIVAS, F. *et alri: Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales*. Madrid 2000. Editorial Colex. pág. 235.

establecer normativas en relación a los síntomas y patologías, como expresa MORENO CALIZ⁸⁹², pero finalmente no se incluyó, remitiendo la disposición final primera del RD a “los órganos técnicos de los Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales, en la actualidad de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, y de Sanidad y Consumo, en la actualidad Sanidad, Consumo y Bienestar Social, elaborarán 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”, por lo que no había normativa para la regulación de esta materia.

La Comisión europea editó, como instrumento útil para elaborar los diagnósticos, según establece RODRIGUEZ SANTOS⁸⁹³, las “notas explicativas de ayuda al diagnóstico de las enfermedades profesionales”, y que fueron publicadas en España por el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo en 1999, y los “protocolos de vigilancia sanitaria específica, publicados por el Ministerio de Sanidad, y que comprendían las medidas de prevención y diagnóstico de las patologías provocadas por determinados agentes. En el año 2012 el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad e Higiene en el Trabajo elaboró unas “Directrices para la decisión clínica en enfermedades profesionales, constituyendo una herramienta de refuerzo a los profesionales sanitarios para identificar, y cuando sea el caso notificar a la autoridad competente las enfermedades que estén relacionadas con el trabajo, y por tanto que pudieran ser consideradas enfermedades profesionales.

La escuela nacional de Medicina del Trabajo en colaboración con el

⁸⁹² MORENO CALIZ, S.: “Análisis de la reforma de la enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias”. ob. cit. pág. 15-26.

⁸⁹³ RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en Las enfermedades profesionales. ob. cit. págs. 127-128.

Instituto de Seguridad e Higiene⁸⁹⁴ en el trabajo en 2015 elaboró y publicó una serie de fichas denominadas Directrices para la decisión clínica de las enfermedades profesionales, considerándose por el INSS un interés básico el desarrollar una guía de ayuda para valorarlas, donde se incluyen aspectos clínicos, diagnósticos y ocupaciones que puedan orientar a la detección y valoración del origen profesional de las patologías.

El INSS consideró de interés básico desarrollar una guía de ayuda para la valoración de las enfermedades profesionales, guía que debería comprender aspectos clínicos, diagnósticos y ocupacionales para poder orientar la detección y valoración de origen profesional de las patologías. En marzo de 2017 el INSS presentó la primera edición de la Guía de ayuda para valoración de la enfermedad profesional, pero el Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo ha modificado determinados valores que se encuentran relacionados con la etiología de las enfermedades profesionales, publicando el documento “Límites de Exposición Profesional para agentes químicos en España 2017⁸⁹⁵”. Se procedió a una segunda edición en 2017 de la Guía con la finalidad de incorporar las correcciones realizadas⁸⁹⁶.

El Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo actualiza anualmente los valores límite cumpliendo, de esta manera, tanto la Directiva 98/24/CE, como el RD 374/2001, siendo la última actualización el realizado en febrero de 2019⁸⁹⁷.

⁸⁹⁴<http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=591ef15ef8de5310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>

⁸⁹⁵ <http://limitvalue.ifa.dguv.de/>

⁸⁹⁶ <http://www.aeemt.com/web/wp-content/uploads/2017/11/Guia-ayuda-enfermedades-profesionales.pdf>

⁸⁹⁷ <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=cf189211714f2510VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=25d44a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>

7.5.1.2. Transmisión y tratamiento del parte electrónico de enfermedad profesional. CEPROSS.

La transmisión del parte de enfermedad profesional se realizará, como establece el artículo 4 de la Orden TAS 1/2007, solo por vía electrónica, por medio de la aplicación informática CEPROS, como expresa GARCIA COCA⁸⁹⁸, la plataforma está en la oficina virtual de la Seguridad Social, y se tendrá acceso a través de la oficina virtual de la dirección electrónica <http://www.seg-social.es>. Para tener acceso a esta aplicación los agentes estarán representados por persona física acreditada mediante usuario SILCON, además del certificado digital SILCON o certificado Clase 2 emitido por la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre o por alguna de las Autoridades de Certificación autorizadas por la oficina virtual de la Seguridad Social.

En relación a la incorporación de datos de los ficheros administrativos de la Seguridad Social, como describe GARCIA COCA⁸⁹⁹, el sistema CEPROS permite la posibilidad de que se grabe en el parte de enfermedad profesional la información que no se encuentre disponible en las bases de datos de la Seguridad Social, dando una mayor fiabilidad de la información. También hay que valorar que el sistema CEPROSS es rígido porque no reconoce la posibilidad de introducir otros datos complementarios, porque tanto el INSS como la MCSS solo pueden introducir lo que les solicita el sistema, no pudiendo incorporar ninguna información complementaria.

Después de completar el parte de enfermedad profesional, de conformidad con el contenido mencionado, se procederá a transmitir toda la información al órgano encargado de recoger y analizar la documentación de la enfermedad profesional. Además de la Administración de la Seguridad Social,

⁸⁹⁸ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC. La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 284.

⁸⁹⁹ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC". La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 284.

que es quien recibe el parte transmitido a través de CEPROSS, como establece el artículo 7 de la Orden TAS 1/2007 podrán acceder a la información contenida en el sistema CEPROSS para desarrollar sus respectivas competencias, la Administración Laboral y la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, siempre de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos. En relación a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social está acreditado el acceso a los datos que están incluidos en el sistema CEPROSS sobre enfermedad profesional porque, como expresa GARCIA COCA⁹⁰⁰, entre sus competencias se encuentra la de vigilancia y control establecida por la normativa de prevención de riesgos laborales, así como tiene la obligación de informar a la Autoridad Laboral en relación a las enfermedades profesionales que se produzcan en las empresas, según establece el artículo 9.1 d) de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Hay que tener en cuenta también el artículo 7 de la misma Ley justifica el conocimiento de los datos del parte por la Administración Laboral porque este organismo desarrolla funciones de promoción de la prevención, asesoramiento técnico, vigilancia y control de que se cumplen por los sujetos que están comprendidos, entre ellos el empresario, en el ámbito de aplicación de las normas de prevención de riesgos laborales, para comprobar si la enfermedad profesional se ha producido porque no se ha observado el cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales por parte de la empresa, y cuando la empresa no cumpliera la normativa la Administración Laboral iniciaría el procedimiento oportuno para imponer las sanciones administrativas por incumplimientos preventivos.

Por tanto, y resumiendo, la información contenida en el parte de

⁹⁰⁰ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC". La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 284.

enfermedad profesional, como expresa MORENO CALIZ⁹⁰¹, es recogida y tratada en el ámbito de la Seguridad Social y ésta puede transferir parte de esa información a otras administraciones públicas para el adecuado tratamiento de los datos en aspectos estadísticos y epidemiológicos, como se establece en el artículo 5 de la Orden TAS 1/2007. La propia Orden, en el artículo 7, dispone el acceso a la información contenida en la aplicación informática que se crea para recoger los datos distingue entre las autoridades laborales, que tienen acceso a los datos de carácter personal, y aquellas otras administraciones, instituciones, organizaciones y entidades que se vean afectadas por la materia, entre las que se incluirían las sanitarias, que solo podrían disponer de información de carácter estadístico necesarios para el cumplimiento de sus fines, por lo que tendrían vetado el acceso a los datos de carácter personal.

Hay que tener en cuenta, como expresa MORENO CALIZ⁹⁰², que el legislador diferencia entre tener acceso a la información o a la disponibilidad de la misma y la transmisión de datos, porque son conceptos diferentes.

Si bien la transmisión del parte se realizará por medios electrónicos, también en el artículo 2 de la Orden Tas 1/2007, se prevé la posibilidad de proceder a imprimir en soporte papel el parte de enfermedad profesional en aquellos casos que se considere necesario, o cuando lo solicite el trabajador o el empresario.

⁹⁰¹ MORENO CALIZ, S.: “Análisis de la reforma de la enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias”. ob. cit. pág. 15-26.

⁹⁰² MORENO CALIZ, S.: “Análisis de la reforma de la enfermedades profesionales: virtudes y deficiencias”, ob. cit. pág. 15-26.

7.5.1.3. Inconvenientes jurídicos de la transmisión del parte electrónico de enfermedad profesional por el sistema CEPROSS.

Los datos que se refieren a las personas, como expresa FERNANDEZ ORRICO⁹⁰³, solo pueden ser utilizados según la finalidad prevista para la función encomendada a quien por su condición de facultativo o de inspector médico debe consultarlos, y en particular respecto del control de los procesos de incapacidad y control interno, sin que puedan ser usados para otras finalidades. Recordando un claro principio constitucional que señala que los datos personales no podrán ser utilizados con fines discriminatorios o en perjuicio del trabajador.

En referencia al personal no sanitario, como expresa FERNANDEZ ORRICO⁹⁰⁴, solamente accederá a los datos de los trabajadores afectados, cuando sea estrictamente necesario para el cumplimiento de las finalidades establecidas. Es más se articulan medidas de seguridad sobre los datos de carácter personal establecidas en la normativa en materia de protección de datos, por lo que se procederá al cifrado de datos mediante su codificación, de manera que los datos tendrán carácter confidencial siendo de aplicación, para todos los que accedan a los mismos, las normas de protección de datos relacionadas con el deber de secreto, así como las normas que regulan el secreto profesional.

Al producirse la transferencia de datos mediante una plataforma virtual, como expresa GARCIA COCA⁹⁰⁵, supone que pueda existir un riesgo de que el titular de la información que se está transmitiendo pueda perder la supervisión del destino y del uso que puedan tener al final sus datos. Ello

⁹⁰³ FERNANDEZ ORRICO, F.J.: "Gestión y control de la incapacidad temporal tras el RD 625/2014, de 18 de julio", en *Nueva Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 168-2014. BIB 2014/3564.

⁹⁰⁴ FERNANDEZ ORRICO, F.J.: "Gestión y control de la incapacidad temporal tras el RD 625/2014, de 18 de julio", en *Nueva Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 168-2014. BIB 2014/3564.

⁹⁰⁵ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC". La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 292.

puede ser debido, por una parte a la rapidez con que se realizan las comunicaciones de datos y por tanto se puede perder donde se encuentra físicamente estas informaciones, y también puede ser debido a una posible utilización fraudulenta de los datos, que atentaría al principio de seguridad jurídica del artículo 9.3 de la Constitución Española artículo.

Una opción para intentar resolver este problema se encuentra en la instalación de los sistemas de firma electrónica de conformidad con la Ley 59/2003 de 19 de diciembre, donde se adjudica una firma electrónica por persona. La finalidad del procedimiento de la firma electrónica consiste en asegurar la transmisión de los datos mediante la red, para que tanto el emisor como el receptor tengan la seguridad que solo tendrán acceso ellos a estos datos, y para conseguirlo los artículos 24 y 25 de la Ley 59/2003 establecen que tanto los datos de creación como de verificación de la firma electrónica son datos únicos, como códigos o claves criptográficas privadas, que el firmante utiliza para crear la firma electrónica.

Como los trámites, en la gestión de las enfermedades profesionales, se realizan en la oficina virtual de la Seguridad Social, como establece TRONCOSO REIGADA⁹⁰⁶, y se facilita el acceso a la información que se encuentra almacenada en la plataforma a numerosos empleados. No obstante, con carácter previo, se implantaran medidas técnicas de seguridad cuando se diseña la aplicación para garantizar que solo pueden estar autorizadas la Administración de la Seguridad Social, la Administración Laboral y la Inspección de Trabajo.

Como la comunicación del parte de enfermedad profesional, según expresa GARCIA COCA⁹⁰⁷, se realiza mediante mecanismos informáticos a

⁹⁰⁶ TRONCOSO REIGADA, A.: *La protección de datos personales: en busca del equilibrio*. Valencia 2010. Editorial. Tirant lo Blanch. págs. 682-684.

⁹⁰⁷ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC". La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 294.

través de CEPROSS y se obtiene un documento electrónico, por éste motivo se cuestiona la seguridad de éste documento, porque cabe la posibilidad de que sea modificado en cualquier momento antes de terminar el proceso, por tanto lo mejor sería que existiera la obligación de imprimir un justificante en formato papel para acreditar que la información introducida en la plataforma CEPROSS por el INSS o la MCSS.

7.5.1.3.1. Cumplimiento de la normativa de la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Tanto cuando se cumplimenta el parte de enfermedad profesional como cuando se realiza con posterioridad la transmisión a través de CEPROSS, según establece GARCIA COCA⁹⁰⁸, es necesario tener en cuenta la Ley Orgánica de Protección de Datos 3/2018 de 5 de diciembre(en adelante LOPD), porque la información que identifica a los trabajadores es un dato de carácter personal, y por éste motivo el acceso y tratamiento debe cumplir las garantías necesarias, para salvaguardar el derecho fundamental a la protección de los datos de carácter personal, derecho protegido en el artículo 18.4 de la Constitución Española, y además para garantizar que no se vulnere dicho derecho cuando se realizan las gestiones de la enfermedad profesional mediante el sistema CEPROSS. En la Exposición de Motivos de la vigente LOPD establece que “el Tribunal Constitucional señaló en su Sentencia 94/1998 de 4 de mayo, que nos encontramos ante un derecho fundamental a la protección de datos por el que se garantiza a la persona el control sobre sus datos personales, y sobre su uso y destino, para evitar el tráfico ilícito de los mismos o lesivo para la dignidad y los derechos de los afectados”.

⁹⁰⁸ GARCIA COCA, O.: “Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC”. La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 295.

A nivel europeo se adoptó el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos, y la Directiva (UE) 2016/680 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales por parte de las autoridades competentes para fines de prevención, investigación y detección o enjuiciamiento de infracciones penales, y la libre circulación de dichos datos. Por lo que la vigente LOPD, según establece el artículo 1, tiene por objeto adaptar el ordenamiento jurídico español al Reglamento (UE) 2016/679. Los artículos 4 y 5 de la LOPD remiten respectivamente a los artículos 5.1.d) y 5.1.f) del Reglamento 2016/679 estableciendo que los datos serán exactos y tratados de tal manera que se garantice una seguridad adecuada de los datos personales, incluido la protección contra el tratamiento no autorizado o ilícito y contra su pérdida, destrucción o daño accidental, mediante la aplicación de medidas técnicas u organizativas apropiadas (integridad y confidencialidad). El tratamiento tiene que estar basado, fundamentalmente en el consentimiento del afectado, artículo 6 de LOPD, remite al Reglamento UE, que en el artículo 6.1.a) manifiesta que el tratamiento solo será lícito si el interesado dio su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos, si bien para los apartados siguientes del mismo artículo son excepciones dadas en la redacción necesario la exigencia del consentimiento, siendo la mayoría de excepciones de interés público, intereses vitales del interesado o de otra persona.

El cumplimiento de la LOPD⁹⁰⁹ en cuanto a la confección del parte de enfermedad del trabajador y su posterior transmisión, aunque pudiera dar la

⁹⁰⁹ Vid, RODRIGUEZ CARDO, I.A. y GARCIA MURCIA, J.: “ La protección de datos personales en el ámbito de trabajo: una aproximación desde el nuevo marco normativo, en *Nueva Revista Española de derecho del trabajo*, núm. 216-2019, págs. 19-64.

impresión de resultar una carga añadida, la finalidad es dar una mayor seguridad de los datos personales del trabajador que se encuentra en situación de incapacidad.

7.5.1.4. Beneficios de la elaboración y de la tramitación del nuevo parte de enfermedad profesional.

En el RD 1299/2006, tal y como se describe en la introducción, se acordó modificar también el sistema de notificación y registro, con la finalidad de hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración de estas enfermedades, porque las deficiencias en la protección de los trabajadores afectados procede no solo por la falta de actualización de la lista, sino también y de manera considerable por las deficiencias de su notificación, debidas a un procedimiento ineficiente.

Por tanto, el nuevo parte y el procedimiento electrónico de notificación, como expresa ARTIEDA PELLEJERO⁹¹⁰, se podrán conocer aspectos que diferencian la enfermedad profesional respecto de los accidentes de trabajo, y respecto del carácter crónico y colectivo si no se establecen medidas preventivas, porque el sistema anterior no permitía estudiar los brotes de enfermedad profesional que puedan producirse en varios trabajadores expuestos en un centro en el mismo tiempo, ni tampoco las recaídas que pudiera presentar un mismo trabajador expuesto al factor de riesgo que motivo su enfermedad profesional.

No solo se agiliza el trámite para reconocer la enfermedad profesional, como establece GARCIA COCA⁹¹¹, sino también con la implantación de

⁹¹⁰ ARTIEDA PELLEJERO, L.: "Cambios en la notificación de las enfermedades profesionales: nuevo cuadro y modificaciones en la declaración y registro", en *Cuadernos de Relaciones Laborales*, núm. 25-2007. págs. 139-140.

⁹¹¹ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC". La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 306.

CEPROSS, se pueden conseguir estadísticas de las enfermedades profesionales que se declaran entre aquellos trabajadores que realizan una determinada actividad en la empresa además, cabe la posibilidad de conocer la afectación por una enfermedad profesional por varios trabajadores del mismo centro de trabajo y en periodos de tiempo coincidentes. Como la obtención y el tratamiento de los datos se realiza con mucha mayor rapidez mediante el sistema CEPROSS, éste permite actuar con mayor velocidad, permitiendo detectar los factores de riesgo y aplicar las oportunas medidas preventivas para mitigar o eludir los posibles efectos perjudiciales. Así se puede destacar una finalidad importante de la aplicación CEPROSS como es el servicio de alertas, por cuanto permite acceder en tiempo real, a las empresas que hayan superado los límites de siniestralidad establecidos, en relación a la repetición de las enfermedades profesionales en la empresa.

7.5.1.4.1. Sistema CEPROSS. Utilización del sistema de alertas para prevenir.

Este servicio que pone la Seguridad Social a disposición de la Administración Laboral y de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, como establece GARCIA COCA⁹¹², sirve para poder detectar los posibles focos de riesgo de enfermedades profesionales, y para que se pueda poner en marcha el dispositivo de prevención de riesgos laborales en los sectores donde las patologías de origen profesional puedan ser más repetidas.

La Secretaria de Estado de la Seguridad Social del Ministerio de Empleo y Seguridad Social⁹¹³, edita el sistema de alertas para control de las empresas que superen los límites, el último es de enero de 2019. El sistema CEPROSS, contiene un Servicio de Alertas que propone la posibilidad de descubrir, en tiempo real, las empresas que superen los límites de Alerta establecidos.

⁹¹² GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC". La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 306.

⁹¹³ <http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/4c053fa6-4ed4-4da7-8220-8cd0cdf6f0ee/SISTEMA+DE+ALERTA+2018.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

Para poder realizar esta actividad, se han establecido unos límites de siniestralidad por Grupo de enfermedad profesional, siendo la finalidad detectar las empresas en las que se repita una misma enfermedad, por otra parte el sistema permite analizar el resto de variables relacionados con la enfermedad profesional, referido tanto a la empresa como a los trabajadores en quienes concurra la enfermedad concreta que se repite. Se tienen en cuenta las características que presenta la distribución de las enfermedades profesionales como puede ser el número de trabajadores de la empresa, o la actividad que se desarrolla. En concreto, el Grupo 6 que se regulan las enfermedades causadas por agentes cancerígenos, es el Grupo que se trata de manera especial por la especificidad que supone el padecer estas enfermedades.

7.5.1.4.2. Observatorio de las enfermedades profesionales. CEPROSS y PANOTRASS.

El RD 1299/2006 en la Disposición Adicional segunda crea el Observatorio de las Enfermedades Profesionales, según establece GARCIA COCA⁹¹⁴, organismo que realiza estudios estadísticos en relación a la posible incidencia de las patologías de origen profesional en los distintos grupos que dispone la lista. También hay que destacar la Orden TAS/1/2007 que establece un modelo de parte de enfermedad profesional, estableciendo las normas para su elaboración y transmisión por medios electrónicos, creando el correspondiente fichero de datos personales, y la Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaria de Estado de la Seguridad Social⁹¹⁵.

En la actualidad el sistema de notificación CEPROSS recoge la información de las patologías incluidas en el RD 1299/2006 que padecen los

⁹¹⁴ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC". La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 308.

⁹¹⁵ <http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/f4eefc17-0559-4f2d-bb03-2271f2f463ca/INFORME+ANUAL+2018.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

trabajadores, pero como se desprende del último informe anual 2018 del observatorio de las enfermedades profesionales, se pretende ampliar la información e incluir las enfermedades reconocidas en aplicación del artículo 156 LGSS, es decir de las enfermedades del trabajo. Para ésta finalidad se ha diseñado PANOTRASS, siendo el objetivo de comunicar las patologías no traumáticas causadas por el trabajo. Por tanto ésta base de datos⁹¹⁶ recogerá las enfermedades que no estén incluidas en la lista de enfermedades profesionales y que contraiga el trabajador a causa de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del trabajo, de igual forma también se incluirá en esta base de datos, las enfermedades o defectos que haya padecido el trabajador y que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

7.5.1.5. Terminación del procedimiento de notificación y registro de enfermedades profesionales.

El procedimiento terminara cuando se cierre el parte de enfermedad profesional, según establece GARCIA COCA⁹¹⁷, y estos se pueden cerrar por diferentes causas, bien por proceder al alta que puede ser por diferentes motivos: porque se cure el trabajador, porque proponga la incapacidad permanente o cambio de trabajo, por fallecimiento, cuando no se haya cursado baja laboral, cuando se declare que existen lesiones permanentes no invalidantes; o bien cuando se califica la dolencia como accidente de trabajo o enfermedad común, aunque el trabajador continúe de baja médica laboral. Cuando se curse una baja laboral, a consecuencia de una enfermedad, por incapacidad temporal, el parte se mantienen en “estado abierto”, hasta que finalice la incapacidad temporal que se cerrara. El aspecto que más

⁹¹⁶ El contenido del fichero está declarado en la Orden TIN 1448/2010 de 2 de junio.

⁹¹⁷ GARCIA COCA, O.: “Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC”. La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 308.

conflictividad genera en la incapacidad temporal, como expresa FERNANDEZ ORRICO⁹¹⁸, es la determinación de la contingencia de la baja médica, por una parte los beneficiarios tienen interés en demostrar que el origen es profesional, mientras que por las Entidades Gestoras o las mutuas, a fin de ahorrar costes pretenderán demostrar que la contingencia de la que deriva la incapacidad temporal es común, tal vez por éste motivo el artículo 3 del RD 625/2014⁹¹⁹, a fin de determinar la contingencia causante, una vez que ya se haya emitido el parte médico de baja, tanto por el servicio público de salud, por el Instituto Social de la Marina o por la mutua podrán “instar motivadamente ante el INSS la revisión de la consideración inicial de la contingencia”.

Sí el origen de la baja médica sea por contingencias profesionales y el trabajador preste servicios en una empresa que tenga suscrita la cobertura por tales contingencias, con una MCSS, o bien se trate de un trabajador por cuenta propia adherido a una mutua para la gestión de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de éstas contingencias, los correspondientes partes de baja, de confirmación de la baja o de alta serán expedidos por los servicios médicos de la propia mutua, este cambio, según expresa FERNANDEZ ORRICO⁹²⁰, que se introdujo en el RD 625/2014, se deba no tanto a la mayor confianza en la gestión de las mutuas sino que, en los casos en los que el origen de la contingencia sea profesional, hay menos dudas sobre la procedencia de la baja médica y su confirmación.

Por otra parte, el artículo 3 del RD 1299/2006 resuelve uno de los principales problemas que surgen en orden a la calificación de enfermedad

⁹¹⁸ FERNANDEZ ORRICO, F.J.: “Gestión y control de la incapacidad temporal tras el RD 625/2014, de 18 de julio”, en *Nueva Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 168-2014. BIB 2014/3564

⁹¹⁹ RD 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan aspectos de gestión y control de los procesos de incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de duración.

⁹²⁰ FERNANDEZ ORRICO, F.J.: “Gestión y control de la incapacidad temporal tras el RD 625/2014, de 18 de julio”, en *Nueva Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 168-2014. BIB 2014/3564

profesional, como establece GARCIA COCA⁹²¹, al establecer que el INSS es el competente para calificar las enfermedades profesionales, indistintamente de que la tramitación se lleve a cabo por las MCSS, porque en el supuesto de producirse alguna controversia en el diagnóstico elaborado por las dos entidades, prevalece el declarado por el INSS, en virtud del artículo 3.1 del RD 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla la Ley 42/1994, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social.

De igual forma se corrobora esta competencia del INSS en la Resolución 19 de septiembre de 2007 de la Secretaria de Estado de la Seguridad Social, sobre determinación de la contingencia causante en el ámbito de las prestaciones por incapacidad temporal y muerte y supervivencia del sistema de la Seguridad Social, y que en la primera resolución establece que las MCSS están obligadas a remitir al INSS todos los expedientes tramitados por la misma y que se resuelvan declarando la no consideración de enfermedad profesional a la contingencia causante, pero siempre que existan indicios que hagan presumir la existencia de esta patología, y en la propia Resolución se detallan cuando concurren tales indicios, produciéndose cuando obren en el expediente partes emitidos por la propia MCSS donde se hubiera consignado la existencia de enfermedad profesional, informes de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, informes de los servicios de prevención de otros organismos e instituciones con competencia en prevención o cobertura de las enfermedades profesionales que la hayan indicado como causante, comunicaciones de la facultativos del Sistema Nacional de Salud que se declare la existencia de una de estas enfermedades. La finalidad de la obligación de remitir los expedientes tramitados por las MCSS es comprobar los razonamientos que han aportado las mismas y que el INSS pueda determinar la contingencia causante, y al mismo tiempo resolverá en el

⁹²¹ GARCIA COCA, O.: "Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC". La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 308.

supuesto que se hayan presentado reclamaciones por los interesados al no estar de acuerdo con la decisión de la MCSS.

Se podría considerar que una de las principales razones que justifican que la calificación de las enfermedades profesionales corresponda al INSS, como establece LOPEZ GANDIA⁹²², la idea de que las MCSS, indistintamente que colaboren con la Administración de la Seguridad Social, no pueden ser al mismo tiempo juez y parte, porque su régimen económico no se encuentra en un régimen de igualdad respecto al INSS. También se justifica, en atención a garantizar la protección del trabajador enfermo, por cuanto quedaría desprotegido hasta que finalizase el procedimiento judicial instado por el trabajador en el supuesto que la MCSS calificara como no profesional la contingencia.

Por otra parte, considera LOPEZ GANDIA⁹²³, que podría haberse contemplado que se crearan Unidades de referencia especializada en los centros de atención primaria en las Áreas de Salud, para que actuasen como instancia médica eficaz e independiente, porque así se hubiera podido evitar las discrepancias, o en el supuesto de darse en relación a la calificación de enfermedades profesionales resolverlas.

7.5.1.6. Información estadística del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social de las enfermedades profesionales⁹²⁴.

El Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social proporciona información en materia de enfermedades profesionales⁹²⁵, en función de estas

⁹²² LOPEZ GANDIA, J.: “La declaración y notificación de las enfermedades. Los problemas de la calificación de la contingencia”, en *La Mutua (Madrid)*, núm. 18-2007.

⁹²³ LOPEZ GANDIA, J: “El nuevo régimen jurídico de las enfermedades”, en *Nueva regulación* ob. cit. pág.61.

⁹²⁴ El RD 2/2020, de 12 de enero 2020, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales. El Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social se estructura en dos, el Ministerio de Trabajo y Economía Social y el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. BOE 13-01-2020.

⁹²⁵ https://www.seg-social.es/PXWeb_pxwebes/Enfermedades%20profesionales?rid=f3e2cdb-c90a-4c23-8fe1

divulgaciones se puede determinar que el número de enfermedades profesionales desde el año 2007, año en que se publica la Orden TAS 1/2007, de 2 de enero, por la que se configura los medios que permiten la transmisión por vía electrónica y la creación del correspondiente fichero de datos personales, mediante la aplicación informática CEPROSS, se ha ido aumentando el número tanto de parte comunicados de enfermedades profesionales como el número de partes cerrados. De conformidad con los datos proporcionados exponemos los diferentes resultados:

Así, a modo de muestreo, se puede observar la sucesión de partes de enfermedad profesional tramitados y cerrados en distintos años. La relación lógicamente no es exhaustiva, si bien nos sirve para extraer determinadas conclusiones que más tarde se indicaran. En el año 2007 se comunicaron 16.791 partes de enfermedades profesionales, de los cuales 11.425 fueron con baja y 5.366 sin baja. En este año se cerraron 13.937 partes de cuales por enfermedad profesional resultaron 13.516 y de estos con baja 9.932, por accidente de trabajo se cerraron 135 y por enfermedad común se cerraron 286. En este año se observa que el número de partes por enfermedad profesional es muchísimo superior no solo al accidente de trabajo sino al accidente de trabajo y a la enfermedad común, y a la suma de accidente de trabajo y enfermedad común.

Siguiendo con la información proporcionada por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social⁹²⁶, y en el mismo año 2007 el número de partes cerrados como enfermedad profesional con baja, a nivel nacional en ambos sexos, distinguiendo los grupos de enfermedad profesional, según el

⁹²⁶ https://www.seg-social.es/PXWeb_pxwebes/Enfermedades%20profesionales?rid=f3e2cdb-c90a-4c23-8fe1

cuadro de enfermedades profesionales que describe el RD 1299/2006, de 10 de noviembre, es la siguiente:

Grupo I, enfermedades profesionales causadas por agentes químicos: 432 partes cerrados.

Grupo II, enfermedades profesionales causadas por agentes físicos: 8.319 partes cerrados.

Grupo III, enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos: 185 partes cerrados.

Grupo IV, enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados: 268 partes cerrados.

Grupo V, enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados: 720 partes cerrados.

Grupo VI, enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos: 8 partes cerrados.

Obsérvese como el grupo II destaca considerablemente en el número de trabajadores afectados por enfermedades profesionales.

En el año 2013 se comunicaron 16.796 partes de enfermedades profesionales, de los cuales 7.599 fueron con baja y 9.197 sin baja. En este año se cerraron 17.316 partes de cuales por enfermedad profesional resultaron 15.454 y de estos con baja 7.174, por accidente de trabajo se cerraron 461 y por enfermedad común se cerraron 1401. También en este año se observa que el número de partes por enfermedad profesional es muchísimo superior no solo al accidente de trabajo sino al accidente de trabajo y a la enfermedad común, y a la suma de accidente de trabajo y enfermedad común.

Siguiendo con la información proporcionada por la Seguridad Social⁹²⁷, y en el año 2013 el número de partes cerrados como enfermedad profesional con baja, a nivel nacional en ambos sexos, distinguiendo los grupos de enfermedad profesional, según el cuadro de enfermedades profesionales que describe el RD 1299/2006, de 10 de noviembre, es la siguiente:

Grupo I, enfermedades profesionales causadas por agentes químicos: 256 partes cerrados.

Grupo II, enfermedades profesionales causadas por agentes físicos: 5.811 partes cerrados.

Grupo III, enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos: 467 partes cerrados.

Grupo IV, enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados: 288 partes cerrados.

Grupo V, enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados: 319 partes cerrados.

Grupo VI, enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos: 33 partes cerrados.

Obsérvese como el grupo II destaca considerablemente en el número de trabajadores afectados por enfermedades profesionales, y el grupo VI aumenta en 25 el número de cánceres declarados enfermedad profesional.

En el año 2018 se comunicaron 24.082 partes de enfermedades profesionales, de los cuales 11.382 fueron con baja y 12.700 sin baja. En este

⁹²⁷ https://www.seg-social.es/PXWeb_pxwebesEnfermedades%20profesionalesrxid=f3e2cdb-c90a-4c23-8fe1

año se cerraron 24.209 partes, de cuales por enfermedad profesional resultaron 19.779 y de estos con baja 10.007; por accidente de trabajo se cerraron 577 y por enfermedad común se cerraron 3853. También en este año se observa que el número de partes por enfermedad profesional es muchísimo superior no solo al accidente de trabajo sino al accidente de trabajo y a la enfermedad común, y a la suma de accidente de trabajo y enfermedad común.

Siguiendo con la información proporcionada por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social⁹²⁸, en el año 2018 el número de partes cerrados como enfermedad profesional con baja, a nivel nacional en ambos sexos, distinguiendo los grupos de enfermedad profesional, según el cuadro de enfermedades profesionales que describe el RD 1299/2006, de 10 de noviembre, es la siguiente:

Grupo I, enfermedades profesionales causadas por agentes químicos: 276 partes cerrados.

Grupo II, enfermedades profesionales causadas por agentes físicos: 8.048 partes cerrados.

Grupo III, enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos: 787 partes cerrados.

Grupo IV, enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados: 454 partes cerrados.

Grupo V, enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados: 428 partes cerrados.

⁹²⁸ https://www6.seg-social.es/PXWeb_pxwebes/Enfermedades%20profesionales?rid=f3e2cdb-c90a-4c23-8fe1

Grupo VI, enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos: 14 partes cerrados.

Obsérvese como el grupo II destaca considerablemente en el número de trabajadores afectados por enfermedades profesionales.

Así, centrándonos en el año 2018 si se distingue por sexo, en el sexo femenino se cerraron por enfermedad profesional 9.865, de los cuales 5.159 fueron con baja y 4.706 sin baja; y en el sexo masculino se cerraron 9.914 partes de ellos con baja 4.848 y sin baja 5.066.

De este modo, para el año 2018 atendiendo a los grupos profesionales el número de partes cerrados por enfermedad profesional, según el cuadro de enfermedades profesionales, si se distingue por sexo, de conformidad con la información proporcionada por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social⁹²⁹, en el sexo masculino es el siguiente resultado:

Grupo I, enfermedades profesionales causadas por agentes químicos: 179 partes cerrados.

Grupo II, enfermedades profesionales causadas por agentes físicos: 3.930 partes cerrados.

Grupo III, enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos: 179 partes cerrados.

Grupo IV, enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados: 341 partes cerrados.

Grupo V, enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados: 206 partes cerrados.

⁹²⁹ https://www6.seg-social.es/PXWeb_pxwebes/Enfermedades%20profesionales?rid=f3e2cdb-c90a-4c23-8fe1

Grupo VI, enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos: 13 partes cerrados.

Por otra parte, atendiendo a los grupos profesionales el número de partes cerrados por enfermedad profesional, según el cuadro de enfermedades profesionales, si se distingue por sexo, de conformidad con la información proporcionada por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social⁹³⁰, en el sexo femenino es el siguiente resultado:

Grupo I, enfermedades profesionales causadas por agentes químicos: 97 partes cerrados.

Grupo II, enfermedades profesionales causadas por agentes físicos: 4.118 partes cerrados.

Grupo III, enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos: 608 partes cerrados.

Grupo IV, enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados: 113 partes cerrados.

Grupo V, enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados: 222 partes cerrados.

Grupo VI, enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos: 1 partes cerrados.

Obsérvese que el grupo II afecta considerablemente a más trabajadores tanto del sexo femenino como masculino, pero el grupo III, enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos afecta mucho más al sexo femenino que al masculino.

⁹³⁰ https://www.seg-social.es/PXWeb_pxwebes/Enfermedades%20profesionales?rid=f3e2cdb-c90a-4c23-8fe1

Por otro lado, también se puede observar el número de partes cerrados de enfermedad profesional con baja distribuidos según la letra CNAE – 09, clasificación nacional de actividades económicas⁹³¹, posibles códigos que pueden ser de aplicación a una empresa.

El número de partes cerrados de enfermedad profesional según letra CNAE – 09⁹³², que afecten a todas las edades, ambos sexos y todos los grupos del cuadro de enfermedades profesionales en el año 2018, resulta el siguiente:

A.- Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca: el número total de partes cerrados es de 302, siendo 251 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

B.- Industria extractiva: el número total de partes cerrados es de 40, siendo 15 del grupo II, agentes físicos, pero el grupo que más número tiene es el IV, enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados, con 24 partes.

C.- Industria manufactureras: el número total de partes cerrados es de 3.624, siendo 3069 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

D.- Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado: el número total de partes cerrados es de 2, siendo 2 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

E.- Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación: el número total de partes cerrados es de 117, siendo 102 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

⁹³¹ <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/InformacionUtil/5300/7855/887/1166/1169>

⁹³² https://www6.seg-social.es/PXWeb_pxwebesEnfermedades%20profesionalesrxid=f3e2cdb-c90a-4c23-8fe1

F.- Construcción: el número total de partes cerrados es de 659, siendo 558 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

G.- Comercio, al por mayor y al por menor, reparación de vehículos de motor y motocicletas: el número total de partes cerrados es de 1377, siendo 1290 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

H.- Transporte y almacenamiento: el número total de partes cerrados es de 125, siendo 119 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

I.- Hostelería: el número total de partes cerrados es de 699, siendo 653 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

J.- Información y comunicación: el número total de partes cerrados es de 29, siendo 28 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

K.- Actividades financieras y seguros: el número total de partes cerrados es de 6, siendo 5 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

L.- Actividades inmobiliarias: el número total de partes cerrados es de 4, siendo 4 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

M.- Actividades profesionales, científicas y técnicas: el número total de partes cerrados es de 47, siendo 34 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

N.- Actividades administrativas y servicios auxiliares: el número total de partes cerrados es de 1036, siendo 951 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

O.- Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria: el número total de partes cerrados es de 318, siendo 259 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

P.- Educación: el número total de partes cerrados es de 155, siendo 140 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

Q.- Actividades sanitarias y de servicios sociales: el número total de partes cerrados es de 1067, siendo 290 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos, pero el grupo que más número de partes cerrados es el grupo III 677 partes cerrados, enfermedades causadas por agentes biológicos.

R.- Actividades artísticas, recreativas y de entrenamiento: el número total de partes cerrados es de 62, siendo 54 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

S.- Otros servicios: el número total de partes cerrados es de 310, siendo 198 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

T.- Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico, actividades de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio: el número total de partes cerrados es de 20, siendo 20 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

U.- Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales: no se ha generado ningún parte cerrado de enfermedad profesional.

No constan: el número de partes cerrados sin constancia de CNAE – 09 es de 8, siendo 6 del grupo II, enfermedades causadas por agentes físicos.

El total de número de partes cerradas por enfermedad profesional en 2018 es de 10.007

Obsérvese que el grupo II de enfermedades profesionales causadas por agentes físicos es el que genera más número partes cerrados de enfermedad profesional con baja según letra CNAE – 09, en ambos sexos y en todas las edades y a nivel nacional con un total de 8.048 partes cerrados.

Pero en la letra B, que incluye a las industrias extractivas el grupo IV enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados origina más enfermedades que las del grupo II.

También debe observarse que la letra Q, que incluye las actividades sanitarias y de servicios sociales, el grupo III enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos origina más partes cerrados de baja que el grupo II, con 677 partes, y de estos afecta más al sexo femenino que al masculino, con 546 partes cerrados de baja frente a los 121 del sexo masculino.

En relación al año 2019, según las estadísticas del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social⁹³³, hasta el 30 de septiembre 2019 se habían comunicado un total de 20.498, y de estos partes comunicados 17.442 correspondían a enfermedades causadas por agentes físicos; 871 partes comunicadas por enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados; 776 por enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos; 768 partes comunicados por enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados; 595 por enfermedad profesionales causadas por agentes químicos y, 46 por enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos.

Obsérvese que se sigue con una diferencia considerable en relación a las enfermedades del grupo II, enfermedades profesionales causadas por agentes físicos y el resto de grupos de enfermedades profesionales.

⁹³³ https://www6.seg-social.es/PXWeb_pxwebes/Enfermedades%20profesionales?rid=f3e2cdb-c90a-4c23-8fe1

7.6. Clasificación de las actividades que desarrollan las enfermedades del Anexo I del RD 1299/2006

El RD 1299/2006, de 10 de noviembre, se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales, pero es sorprendente que si bien se trata de la lista de enfermedades profesionales no todos los grupos las describen.

Por tanto en este apartado he realizado una clasificación de las actividades, dentro de cada grupo, que pueden provocar enfermedades profesionales. Esta descripción evidentemente es meramente enunciativa, dado que la descripción que realiza el RD 1299/2006 es establecer el agente subagente y la actividad, yo he intentado reunir las diferentes actividades que están dispersas en cada grupo, especificando dichas actividades que pueden ser causantes de enfermedades profesionales, de esta forma podemos observar que dentro de cada grupo las posibles enfermedades que una determinada actividad pueden provocar en un trabajador.

7.6.1. Actividades que desarrollan las enfermedades del grupo 1 del RD 1299/2006: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.

Este grupo se ocupa de las enfermedades profesionales provocadas por agentes químicos, es el más extenso, describe el agente y el subagente, la sustancia o elementos contaminantes, establece la relación entre éstos y la actividad pero no describe la enfermedad profesional, por tanto, será el trabajador el que tendrá que demostrar que su enfermedad se ha contraído por la realización de la actividad desarrollada.

A.- Fabricación y empleo de colorantes, disolventes, pinturas, pigmentos, blanqueo, decoloración y tintes:

1A0104: fabricación y empleo de colorantes y pinturas que contengan compuestos de arsénico.

1A0119: industrias de colorantes arsenicales.

1A0303: fabricación de pigmentos cadmíferos para pinturas, esmaltes materias plásticas, papel, caucho, pirotecnia.

1A0404: aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan cromo.

1A0607: utilización de manganeso en la preparación de esmaltes.

1A0609: fabricación de colorantes y secantes que contengan compuestos de manganeso.

1A0713: fabricación y empleo de pigmentos y pinturas anticorrosivas a base de cinabrio.

1A0813: aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan níquel.

1A0910: utilización del plomo y sus compuestos en la fabricación y aplicación de pinturas, lacas, barnices o tintas a base de compuestos de plomo.

1A1004: utilización del talio y sus compuestos en la industria farmacéutica, industria del vidrio, en la fabricación de colorantes y pigmentos en pirotecnia.

1B0106: empleo de antimonio y sus derivados en la fabricación de pinturas, barnices, cristal, cerámica (pentóxido de antimonio)

1B0107: empleo de antimonio y sus derivados en la fabricación de explosivos y de pigmentos para la industria del caucho (trisulfuro de antimonio)

1B0109: empleo de antimonio y sus derivados en la fabricación de colorantes y uso en cerámica (trifluoruro de antimonio).

1C0205: utilización de cloro y sus compuestos en los procesos de blanqueo y decoloración en las industrias, textil, papelera y de fibras artificiales.

1C0307: empleo de fluoruros como mordiente en el tintado de lana.

1C0308: empleo de fluoruros como agente de blanqueo.

1D0102: empleo de ácidos inorgánicos en la producción de barnices, lacas, colorantes y colodium.

1D0212: usos de ácido sulfúrico y óxidos de azufre como refrigerante, vulcanización de caucho, agente de blanqueo y para la producción de ácido sulfúrico.

1D0412: empleo de ácido cianhídrico en la fabricación de colorantes, pigmentos plásticos y fibras sintéticas.

1E0117: empleo de ácidos orgánicos en la industria del cuero como neutralizador, para teñir, eliminar el pelo, etc.

1E0121: empleo de ácidos orgánicos en los disolventes de barnices y pinturas.

1F0104: utilización de alcoholes en la fabricación y utilización de disolventes o diluyentes para los colorantes, pinturas, lacas, barnices, resinas naturales y sintéticos, desengrasantes y quitamanchas.

1F0105: fabricación y utilización de barnices y capas aislantes para la industria eléctrica (diacetona-alcohol, alcohol acetona).

1F0106: fabricación de colores de anilina (metanol).

1F0211: empleo de fenoles, homólogos y sus derivados halógenos en la fabricación de pigmentos.

1G0104: empleo de aldehídos para la 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.

1G0105: utilización de aldehídos como disolventes.

1H0103: utilización de alifáticos en los productos de destilación como disolventes, carburantes, combustibles y desengrasantes.

1H0104: el n-hexano se utiliza principalmente como disolvente (colas).

1H0201: empleo de derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos, saturados o no, cíclicos o no, de bromuro de metilo, cloruro de vinilo monómero, como agentes de extracción y como disolventes.

1H0206: empleo de derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos en la fabricación y utilización de pinturas, disolventes, decapantes, barnices, látex, etc.

1I0101: fabricación de aminas e hidracinas aromáticas y sus derivados halógenos, fenólicos, nitrosados y sulfonados, 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.

1J0105: utilización del amoníaco como decapante de pintura.

1J0108: utilización del amoníaco en la fabricación de ácido nítrico y otros reactivos químicos como ácido sulfúrico, cianuros, amidas, urea, sosa, nitritos e intermediarios de colorantes.

1K0101: ocupaciones con exposición a benceno. Por ejemplo hornos de coque, uso de disolventes que contienen benceno.

1K0102: empleo del benceno para la preparación de sus derivados utilizados en las industrias de materias colorantes, perfumes, explosivos, productos farmacéuticos, etc.

1K0103: empleo del benceno y sus homólogos como decapantes, como diluyente, como disolvente para la extracción de aceites, grasas, alcaloides, resinas, desengrasado de pieles, tejidos, huesos, piezas metálicas, caucho, etc.

1K0203: empleo de naftaleno y sus homólogos los fabricantes de tintes.

1K0205: empleo de naftaleno y sus homólogos en la fabricación de resinas sintéticas, celuloide e hidronaftalenos (tetralin, decalin) que se usan como disolventes, en lubricantes y combustibles.

1K0207: uso en fungicidas, bronceadores sintéticos, conservantes, textiles, químicos, materia prima y producto intermedio en industria de plástico y en la fabricación de lacas y barnices.

1K0301: empleo de xileno y tolueno en la industria química: fabricación de ácido benzoico, benzaldehídos, benceno, fenol, caprolactama, linóleo, toluendiisocianato (resinas poliuretano), sulfonatos de tolueno (detergentes), cuero artificial, revestimiento de tejidos y papeles, explosivos, tintes y otros compuestos orgánicos.

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.

1K0501: empleo de derivados de halogenados de hidrocarburos aromáticos, como disolventes, pesticidas, herbicidas, insecticidas y fungicidas.

1K0502: empleo de derivados de halogenados de hidrocarburos aromáticos, en las industrias de materias colorantes, perfumería y fotografía.

1K0601: utilización de nitroderivados de los hidrocarburos aromáticos: nitro-dinitrobenceno, dinitro-trinitrotoloueno como disolventes, como disolventes.

1K0602: utilización de nitroderivados de los hidrocarburos aromáticos en la producción de colorantes, pigmentos, tintes.

1L0103: utilización de acetonas como disolventes.

1L0111: empleo de barnices, pinturas, esmaltes, adhesivos, lacas y masillas.

1M0101: utilización de epóxidos como reactivos en la fabricación de disolventes, plastificantes, cementos, adhesivos y resinas sintéticas.

1M0104: utilización de epóxidos como disolventes.

1M0106: la epíclorhidrina se utilizan como insecticida, fumigante y disolvente de pinturas, barnices, esmaltes y lacas. Producción de resinas de alta resistencia a la humedad en la industria papelera.

1N0107: utilización de ésteres en fabricación de pinturas, barnices, tintes.

1N0113: utilización de ésteres en la aplicación de pinturas.

1N0115: utilización de ésteres como disolventes

1N0116: utilización de decapantes.

1O0101: empleo de éteres en disolventes y codisolventes de lacas, resinas, pigmentos, tintes, esmaltes, barnices, perfumes, aceites, acetato de celulosa y nitrato de celulosa.

1O0107: utilización de éteres en tintes y pigmentos.

1O0117: empleo de éteres en la fabricación y utilización de disolventes y decapantes para las pinturas y barnices.

1P0102: utilización de glicoles en la industria química como productos intermedios en numerosas síntesis orgánicas, como disolventes de laca, resinas, barnices celulósicos de secado rápido, de ciertas pinturas, pigmentos, nitrocelulosa y acetatos de celulosa, tintes y plásticos.

1Q0104: empleo de poliuretanos en la elaboración y utilización de adhesivos y pinturas que contienen poliuretano.

1R0101: empleo de los nitroderivados alifáticos y nitroalcanos, como disolventes.

1S0201: utilización de policlorobifenilos como constituyente de fluidos dieléctricos en condensadores y transformadores, fluidos hidráulicos, aceites lubricantes, plaguicidas o aditivos en plastificantes y pinturas, etc.

1T0207: utilización de oxiclورو de carbono en la industria química para la fabricación de isocianatos, poliuretano, policarbonatos, tintes, pesticidas y productos farmacéuticos.

1T0302: utilización de óxidos de nitrógeno en la fabricación de colorantes, lacas y tintes.

1U0102: empleo de sulfuro de carbono en la fabricación de mastiques y colas.

1U0104: empleo de sulfuro de carbono como disolvente de grasas, aceites, resinas, ceras, caucho, gutapercha y otras sustancias.

1U0111: industria del caucho. Disolvente.

B.- Fabricación y empleo de insecticidas, herbicidas, fungicidas, pesticidas, abonos.

1A0103: fabricación y empleo de insecticidas y anticriptográficos que contengan compuestos de arsénico.

1A0118: empleo de arsénico en fabricación y utilización de insecticidas, herbicidas y fungicidas.

1A0316: preparación y empleo industrial del cadmio y especialmente en la fabricación de pesticidas.

1A0612: preparación, utilización, manutención y transporte de abonos de sulfato de manganeso.

1A0922: preparación y empleo de insecticidas con compuestos de plomo.

1C0209: empleo del cloro y sus compuestos inorgánicos como herbicida y defoliante.

1C0310: empleo de compuestos de flúor como insecticida, pesticida, rodenticina y para conservación de la madera.

1D0102: utilización de ácido nítrico en la producción de abonos orgánicos.

1D0210: usos como ácido, del ácido sulfúrico, óxidos y dióxidos de azufre, para acumulador en la electrolisis, en la industria química (productos de abono) y laboratorios.

1D0402: utilización del ácido cianhídrico gaseoso en la lucha contra los insectos parásitos en la agricultura.

1D0408: utilización del ácido acrilonitrilo, como pesticida.

1D0409: fabricación y manipulación de cianamida cálcica y su utilización como abono.

1E0115: utilización del ácido orgánico como desinfectantes y herbicidas.

1E0122: utilización del ácido orgánico como fungicida.

1F0207: utilización de fenoles, homólogos y sus derivados halógenos, pentaclorofenol, hidroxibenzonitrilo en la fabricación y manipulación de pesticidas y productos para el control de malezas.

1G0104: utilización de aldehídos fabricación de plaguicidas.

1H0204: utilización de alifáticos en pesticidas.

1H0213: uso del bromuro de metilo en la agricultura para el tratamiento de parásitos del suelo.

1I0101: fabricación y utilización de aminas e hidraminas en la industria de insecticidas.

1J0101: utilización del amoniaco en la producción de abonos artificiales.

1K0204: utilización del benceno como insecticida.

1K0404: utilización del vinilbenceno y divinilvenceno como insecticida.

1K0501: empleo de derivados halogenados de hidrocarburos aromáticos como pesticidas, herbicidas, insecticidas y fungicidas.

1K0606: utilización de nitroderivados de los hidrocarburos aromáticos como pesticidas.

1K0701: utilización de derivados nitratos de fenoles y homólogos como herbicidas e insecticidas.

1M0106: utilización de la epiclohidrina como insecticida, fumigante.

1O0105: éteres constituyentes de algunas insecticidas.

1R0102: empleo de nitroderivados como aditivos de fungicidas.

1S0101: síntesis, formulación y envasado de los productos plaguicidas que contienen órgano fosforados y carbamatos inhibidores de la colinesterasa.

1S0102: transporte, almacenamiento y distribución de los productos plaguicidas que contienen órgano fosforado y carbamatos inhibidores de la colinesterasa.

1S0103: uso agrícola de los productos plaguicidas que contienen órgano fosforado y carbamatos inhibidores de la colinesterasa; preparación, formulación de las soluciones, cebos, gel y toda forma de presentación.

1S0104: aplicación directa de los productos plaguicidas que contienen órgano fosforado y carbamatos inhibidores de la colinesterasa por aspersion, nieblas, rocío, pulverizado, micropulverizado, vaporización, por vía terrestre o aérea, con métodos manuales o mecánicos.

1S0201: utilización de policlorobifenilos como plaguicidas.

1S0203: utilización de hexaclorobenceno como fungicida en el tratamiento de semillas y suelos.

1T0207: utilización de oxiclورو de carbono en la industria química para la fabricación de pesticidas.

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 almacenamiento de productos agrícolas.

C.- Actividades de la Industria Farmacéutica.

1A0109: preparación, empleo y manipulación del arsénico y sus compuestos en la industria farmacéutica.

1A0506: utilización del fósforo, del ácido fosfórico y de compuestos inorgánicos de fósforo en la industria farmacéutica.

1A0717: preparación de especialidades farmacéuticas que contengan del mercurio.

1A1004: utilización del talio y sus compuestos en la industria farmacéutica.

1B0108: uso de pentacloruro de antimonio en la industria farmacéutica.

1C0110: producción, empleo y manipulación del bromo y de sus compuestos inorgánicos en la industria farmacéutica.

1C0204: fabricación de derivados clorados en la industria farmacéutica.

1C0403: utilización del yodo y sus compuestos inorgánicos en la industria farmacéutica.

1D0107: fabricación de ácido nítrico en la industria farmacéutica.

1E0105: utilización de ácidos orgánicos en la industria farmacéutica.

1F0109: utilización de alcoholes en la industria farmacéutica.

1F0208: utilización de fenoles, homólogos y sus derivados halógenos en la industria farmacéutica.

1G0101: fabricación de aldehídos y sus compuestos en la industria farmacéutica.

1G0102: empleo de aldehídos en la industria farmacéutica.

1H0205: empleo de los derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos en la fabricación de ciertos desinfectantes, anestésicos, antisépticos y otros productos de la industria farmacéutica.

1I0101: utilización de aminas e hidracinas en la industria farmacéutica.

1J0111: empleo de amoniaco (como estabilizador) en la industria farmacéutica.

1K0102: empleo del benceno para la preparación de sus derivados utilizados en la industria farmacéutica.

1K0604: empleo de los nitroderivados de los hidrocarburos aromáticos en la industria farmacéutica.

1L0106: empleo de cetonas en la industria farmacéutica.

1N0110: empleo de ésteres orgánicos y sus derivados halogenados en la industria farmacéutica.

1O0112: empleo de éteres de glicol en la industria farmacéutica.

1P0103: empleo de glicoles en la industria farmacéutica.

1R0202: empleo de nitroglicerina y otros ésteres del ácido nítrico en la industria farmacéutica.

1T0207: utilización de oxiclورو de carbono en la industria química para la fabricación de productos farmacéuticos.

1U0106: utilización de sulfuros en la fabricación de productos farmacéuticos.

D.- Actividades relacionadas con resinas y plásticos.

1E0112: empleo de ácidos orgánicos en la utilización y fabricación de resinas y adhesivos.

1G0104: empleo de aldehídos en la fabricación de resinas.

1I0102: empleo de aminas e hidracinas en la industria del caucho.

1J0109: empleo de amoniaco en la producción de monómeros de fibras sintéticas y otros plásticos.

1K0202: empleo del benceno en los productos de base para la fabricación de materias plásticas

1K0205: empleo de naftaleno y sus homólogos en la fabricación de resinas sintéticas.

1K0207: empleo de naftaleno y sus homólogos en la industria del plástico.

1K0301: empleo de xileno, tolueno en la industria química para la fabricación de resinas poliuretano.

1K0303: empleo de xileno, tolueno en operaciones de disolución de resinas naturales o sintéticas.

1K0401: síntesis y producción de resinas poliésteres.

1K0402: uso de divinilbenceno como monómero para la polimerización de caucho sintético.

1K0406: uso de divinilbenceno en la fabricación de plásticos, resinas.

1K0407: uso de divinilbenceno como resina cambiadora de iones en la depuración de agua.

1K0505: empleo de derivados halogenados de hidrocarburos en la fabricación de caucho sintético, plastificantes.

1K0605: empleo de nitroderivados de los hidrocarburos aromáticos en la industria del plástico.

1L0108: empleo de cetonas en la industria del caucho sintético.

1L0110: empleo de cetonas en el tratamiento de resinas naturales y sintéticas.

1M0101: empleo de epóxidos como reactivos en la fabricación de plastificados y resinas sintéticas.

1M0106: el uso de la epiclorhidrina en la producción de resinas.

1M0109: el uso de furfural en vulcanización del caucho.

1N0102: empleo de ésteres en la síntesis de resinas sintéticas.

1N0106: empleo de ésteres en la industria de plásticos.

1N0118: empleo de ésteres orgánicos en plásticos y resinas.
1O0116: empleo de éteres de glicol en la industria del caucho.
1P0102: utilización de glicoles en la industria de plástico.
1P0109: utilización de glicoles en la industria de caucho sintético.
1Q0107: utilización de isocianatos en la fabricación de caucho sintético.
1U0104: empleo de sulfuros como disolventes de resinas, caucho.
1U0111: empleo de sulfuros en la industria del caucho

E.- Actividades relacionadas con industria química.

1A0506: utilización del fósforo y sus compuestos inorgánicos en la industria química.
1A0614: extracción, manipulación, empleo del manganeso en la industria química.
1A0808: empleo del níquel como catalizador en la industria química.
1A1102: empleo de óxidos de vanadio como catalizadores en procesos de oxidación de la industria química.
1C0110: empleo de bromo y de sus compuestos inorgánicos en la industria química.
1C0204: empleo de cloro y de sus compuestos inorgánicos en la industria química.
1C0403: empleo de yodo y de sus compuestos inorgánicos en la industria química.
1D0210: uso de dióxido de azufre en la industria química.
1D0307: procesos de la industria química en que interviene el hidrógeno sulfurado.
1D0410: producción de acrilatos, sales de amonio, cianógeno y otras sustancias químicas.
1E0103: utilización de ácidos orgánicos en la industria química.

1F0210: uso de fenoles, homólogos y sus derivados halógenos en síntesis química de productos.

1G0102: empleo de aldehídos en la industria química.

1I0101: fabricación y utilización de aminas e hidracinas como productos intermediarios en la industria química.

1K0207: uso del naftaleno y sus homólogos en químicos.

1K0301: uso de xileno, tolueno en industria química.

1K0305: uso de xileno, tolueno en laboratorio de análisis químico.

1K0607: utilización de nitroderivados de los hidrocarburos aromáticos en la industria química.

1M0107: uso del oxido de etileno como intermediario en la síntesis química.

1O0111: utilización de éteres en la industria química.

1P0102: uso de glicoles en la industria química.

1T0113: uso de oxido de carbono en la industria química.

1T0204: utilización de oxiclورو de carbono y sus compuestos en la industria química. (preparación de productos farmacéuticos, etc.)

1T0207: utilización de oxiclورو de carbono y sus compuestos en la industria química para la fabricación de isocianatos, etc.

F.- Actividades relacionadas con limpieza, desinfectantes, detergentes, fabricación de productos de limpieza, quitamanchas.

1E0107: uso de ácidos orgánicos en la fabricación de productos quitamanchas.

1E0109: uso de ácidos orgánicos en la limpieza ácida de metales.

1F0104: uso de alcoholes en la fabricación de desengrasantes y quitamanchas.

1F0107: uso de alcoholes en la fabricación de jabón y detergentes.

1F0206: uso de fenoles en la fabricación de detergentes.

1H0202: uso de alifáticos en el desengrasado y limpieza de piezas metálicas, como productos de limpieza y desengrasado en tintorerías.

1H0214: uso del bromuro de metilo con fines sanitarios de desinsectación.

1G0104: uso de aldehídos en la fabricación de desinfectantes.

1G0108: utilización de formaldehído en desinfección.

1G0109: utilización del formol como agente desinfectante, desodorante, etcétera.

1K0301: uso de xileno, tolueno en la industria química: fabricación de sulfonatos de tolueno (detergentes).

1K0303: uso de xileno, tolueno en productos de limpieza.

1K0307: uso de xileno, tolueno en la industria de la limpieza.

1K0503: uso de derivados halogenados de hidrocarburos aromáticos en la fabricación de productos de limpieza.

1L0109: uso de cetonas en la fabricación de productos de limpieza.

1N0117: uso de ésteres en la fabricación de productos de limpieza, lavandería.

1O0104: uso de éteres en la limpieza en seco.

1S0202: utilización de hexaclorbenzeno en los procesos industriales de fabricación y combustión de compuestos clorados.

G.- Actividades relacionadas con la gasolina y el petróleo.

1A0921: fabricación y manipulación de derivados alcoilados del plomo en la preparación y manipulación de las gasolinas que los contengan y limpieza de los tanques.

1C0103: uso de bromo en la fabricación de aditivos combustibles.

1C0108: uso de bromo en compuesto antidetonante de la gasolina.

1C0402: extracción del yodo a partir de ciertas operaciones como el refinado de petróleo.

1D0209: uso de ácido sulfúrico y óxido de azufre en la purificación del petróleo.

1D0309: uso de ácido sulfhídrico en refinerías de petróleo.

1F0114: uso de alcoholes en la industria de la refinería de petróleo.

1F0205: uso de fenoles en refino de petróleo.

1H0101: empleo de alifáticos en destilación y refinado de petróleo.

1H0103: utilización de los productos de destilación como carburantes y combustibles.

1J0110: empleo de amoniaco en el refino de petróleo..

1K0205: uso de naftaleno en combustibles.

1K0302: empleo de xileno y tolueno en la preparación de combustibles y en las operaciones de mezclado, trasvasado, limpiado de estanques y cisternas.

1K0306: empleo de xileno y tolueno en aditivo de las gasolinas.

1K0403: uso de vinibenceno como aditivo en carburantes para aviones.

1M0109: uso de furfural en el refinado de aceites de petróleo.

1N0112: utilización de ésteres como aditivos de carburantes.

1O0106: utilización de éteres como aditivos de combustibles.

1T0113: uso de óxido de carbono en la industria petrolera.

H.- Actividades relacionadas con pirotecnia y explosivos.

1A0107: uso de arsénico en la pirotecnia.

1A0303: uso de cadmio y sus compuestos en la fabricación de pirotecnia.

1A0509: uso de fósforo y sus compuestos en la fabricación de explosivos y detonadores.

1A0909: empleo de plomo en la fabricación de municiones y artículos pirotécnicos.

1A1004: utilización del talio en la pirotecnia.

1B0107: fabricación de explosivos y de pigmentos para la industria del caucho (trisulfuro de antimonio).

1C0207: producción, empleo y manipulación del cloro en la pirotecnia.

1D0102: utilización de ácidos inorgánicos en la producción de explosivos.

1D0206: uso de acido nítrico en la producción de nitroglicerina.

1D0206: uso de acido sulfúrico y óxido de azufre en la industria de explosivos.

1F0113: utilización de alcoholes en la industria de explosivos.

1F0201: utilización de fenoles y sus derivados en la fabricación de derivados, particularmente de explosivos.

1G0104: uso de aldehídos en la fabricación de explosivos.

1I0103: uso de aminas e hidracinas en la fabricación de ciertos explosivos.

1K0102: empleo del benceno para la preparación de sus derivados utilizados en las industrias de explosivos.

1K0301: uso de xileno y tolueno en la industria química: fabricación de explosivos.

1K0603: el empleo de nitroderivados de los hidrocarburos aromáticos en la fabricación de explosivos.

I.- Actividades relacionadas con la industria textil.

1D0308: uso de ácido sulfhídrico en la fabricación de fibras textiles sintéticas.

1E0102: utilización de ácidos orgánicos en la industria textil.

1E0111: fabricación y utilización de ácidos orgánicos en la industria textil.

1F0112: uso de alcoholes en la industria de fibras textiles artificiales.

1F0204: uso de fenoles, homólogos y derivados halógenos en las industrias de las fibras sintéticas.

1G0102: empleo de aldehídos en la industria textil.

1K0207: uso de naftaleno en textiles.

1K0607: uso de hidrocarburos aromáticos en la industria textil.

1L0104: uso de cetonas en la fabricación de fibras textiles artificiales.

1N0118: uso de ésteres en textiles.

1O0114: uso de éteres en la industria de fibras textiles artificiales.

1P0106: empleo de glicoles en la industria textil para dar flexibilidad a los tejidos.

1Q0103: empleo de poliuretanos para el laqueado de tejidos.

1Q0107: empleo de poliuretanos en la fabricación de fibras sintéticas.

1U0101: uso de sulfuro de carbono en la fabricación de seda artificial.

J.- Actividades relacionadas con la cosmética, perfumes y peluquería.

1F0107: uso de alcoholes en la industria de cosméticos, perfumes.

1F0108: uso de alcoholes en la fabricación de esencia de futas.

1G0102: empleo de aldehídos en la industria cosmética.

1G0104: empleo de aldehídos en la fabricación de perfumes.

1G0109: utilización de formol como desodorante.

1H0208: uso de derivados halogenados en la preparación y empleo de lociones de peluquería.

1I0104: uso de aminas e hidracinas en productos de peluquería.

1K00102: empleo de benceno para la preparación de sus derivados utilizados en la industria de perfumes.

1K0309: utilización de xileno y tolueno en perfumería.

1K0502: empleo de derivados halogenados en las industrias de perfumería.

1L0107: utilización de cetonas en la industria de perfumería y de los cosméticos.

1N0108: empleo de ésteres en la fabricación de lacas de uñas, perfumes y esencias de frutas.

1N0118: empleo de ésteres en cosmética.

1O0101: empleo de éteres en perfumes.

1O0116: empleo de éteres en la industria de perfumería.

1P0104: utilización de glicoles en la industria de cosméticos.

1U0106: uso de sulfuro de carbono en la fabricación de productos cosméticos.

1U0109: uso de sulfuro de carbono en la extracción de aceites volátiles de las flores.

K.- Actividades relacionadas con la fotografía.

1A1102: empleo de óxidos de vanadio como reveladores y sensibilizadores fotográficos.

1C0105: uso de bromo y sus compuestos en la industria fotográfica.

1C0403: utilización de yodo en la industria fotográfica.

1E0106: empleo de ácidos orgánicos en la fotografía.

1G0104: empleo de aldehídos en los productos fotográficos.

1I0105: utilización de reveladores (para-aminofenoles) en la industria fotográfica.

1K0502: utilización de derivados halogenados de hidrocarburos aromáticos en la industria fotográfica.

1L0105: uso de cetonas en la fabricación de celuloide.

1O0103: uso de éteres en la fabricación de filmes radiográficos y de celofán.

1O0116: uso de éteres en la industria de la fotografía.

1P0108: empleo de glicoles en la preparación de ciertas películas y placas en la industria fotográfica.

L.- Actividades relacionadas en la industria de la madera.

1A0105: tratamiento de la madera con agentes de conservación a base de compuestos arsenicales.

1A0122: industria de la madera: imprimación de madera con sales de arsénico, mecanización de maderas imprimadas con compuestos de arsénico.

1A0401: productos de tratamiento de la madera que contengan compuestos de cromo.

1A0403: aserrado y mecanizado de madera tratada con compuestos de cromo.

1E0123: utilización de ácidos inorgánicos como preservadores de la madera.

1F0203: uso de fenoles, homólogos y sus derivados halógenos en el tratamiento de la madera.

1K0204: utilización del naftaleno y sus homólogos en conservación de la madera.

1M0102: utilización de epóxidos como recubrimientos para la madera.

1S0204: utilización de hexaclorobenceno como preservante de madera.

M.- Actividades relacionadas con metales.

1A0113: empleo y manipulación del arsénico en desincrustado de calderas.

1A0114: empleo y manipulación del arsénico en el decapado de metales.

1A0115: empleo y manipulación del arsénico en la limpieza de metales.

1A0116: empleo y manipulación del arsénico en revestimiento electrolítico de metales.

1A0201: extracción y metalurgia de berilio.

1A0202: extracción de berilio de los minerales.

1A0203: preparación de aleaciones y compuestos de berilio.

1A0301: preparación del cadmio por procesado de zinc, cobre o plomo.

1A0301: fabricación de acumuladores de níquel-cadmio.

N.- Actividades relacionadas con papelería.

1I0104: utilización de aminas e hidracinas como colorantes en la industria de la papelería.

1N0118: utilización de ésteres en imprenta, reproducción.

1N0123: utilización de vinil acetato en industria de papel.

Ñ.- Actividades relacionadas con el vidrio, cristales.

1A0123: empleo de arsénico en la fabricación de vidrio: preparación y mezcla de la pasta, fusión y colada, manipulación de aditivos.

1N0109: utilización de ésteres en las industrias de fabricación de cristales de seguridad.

7.6.2. Actividades que desarrollan las enfermedades del grupo 2 del RD 1299/2006: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

Este grupo es el que más enfermedades profesionales causa, y con gran diferencia, y cuando se refiere a las actividades lo hace de manera

generalizada, habla de trabajos y establece ejemplos de actividades, por cuanto describe las profesiones estableciendo “como pueden ser”.

A.- Actividades relacionadas con la construcción.

2A0110: trabajos de obras públicas (rutas, construcción) efectuados con máquinas ruidosas como las bullidoras, excavadoras, palas mecánicas, etc.

2A0114: empleo de vibradores en la construcción.

2C0101: trabajos que requieran habitualmente de una posición de rodillas mantenidas como trabajos en la construcción.

2D0101: trabajos que se realicen con los codos en posición elevada o tensen los tendones o bolsa subacromial, asociándose a acciones de levantar y alcanzar, uso continuado del brazo en abducción o flexión, como pintores, escayolistas, montadores de estructuras.

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 albañiles.

2F0201: trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provoquen lesiones nerviosas por comprensión. 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 pulidores, pintores.

2F0401: trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provoquen lesiones nerviosas por comprensión. Trabajos que requieran posición prolongada en cuclillas como empedradores.

2G0101: trabajos que requieran posturas en hiperflexión de la rodilla en posición mantenida en cuclillas de manera prolongada, como son electricistas, fontaneros.

B.- Actividades relacionadas con la madera.

2A0116: manejo de maquinaria de transformación de la madera, sierras circulares, de cinta, cepilladoras, tupies, fresas.

2C0101: trabajos que requieran habitualmente de una posición de rodillas mantenidas como colocadores de parqué.

2C0501: carpintero y trabajos que requieran presión mantenida en región maleolar externa.

2F0201: trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provoquen 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 carpinteros.

2F0301: trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provoquen lesiones nerviosas por compresión. Trabajos que entrañen compresión prolongada de la muñeca o de una presión mantenida o repetida sobre el talón de la mano como leñadores.

2F0401: trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provoquen lesiones nerviosas por compresión. Trabajos que requieran posición prolongada en cuclillas como colocadores de parqué.

2G0101: trabajos que requieran posturas en hiperflexión de la rodilla en posición mantenida en cuclillas de manera prolongada, como son instaladores de suelos de madera.

C.- Actividades del personal sanitario (electromedicina) en aparatos de rayos X.

2I0102: fabricación de aparatos de rayos X y de radioterapia.

2I0103: fabricación de productos químicos y farmacéuticos radioactivos.

2I0104: empleo de sustancias radiactivas y rayos X en los laboratorios de investigador.

2I0107: trabajos en las consultas de radiodiagnóstico, de radio, de radioterapia y de aplicación de isótopos radioactivos, en consultas, clínicas, sanatorios, residencias y hospitales.

2I0110: instalación de producción y tratamiento de radioelementos.

2I0112: instalaciones de tratamiento y almacenamiento de residuos radiactivos.

2I0113: transporte de materias radiactivas.

D.- Actividades relacionadas con la minería.

2A0105: trabajos con martillos y perforadores neumáticos en minas, túneles y galerías subterráneas.

2A0117: molienda de piedras y minerales.

2C0101: trabajos que requieran una posición de rodillas mantenidas como son trabajos en minas.

2C0201: trabajos en la minería que requieran presión mantenida en las zonas sinoviales de las rodillas.

2G0101: trabajos que requieran posturas en hiperflexión de la rodilla en posición mantenida en cuclillas, como es el caso de los trabajos en minas subterráneas.

2I0101: trabajos de extracción y tratamiento de minerales radiactivos.

2N0101: trabajos de la minería subterránea que producen nistagmus de los mineros.

E.- Actividades relacionadas con la sastrería, textil y calzado.

2A0103: trabajos en telares de lanzadera batiente.

2C0301: zapateros y trabajos que requieran presión mantenida en cara anterior del muslo.

2C0401: sastrería y trabajos que requieren presión mantenida en región maleolar externa.

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 es el caso de los curtidores.

2F0201: el síndrome del túnel carpiano, en trabajos que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas trabajos que provocan lesiones nerviosas por compresión, movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión, trabajos que requieran movimientos repetidos o mantenidos como es el caso de los cortadores de tejidos.

2F0301: síndrome del canal de Guyon, en trabajos que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas trabajos que provocan lesiones nerviosas por compresión, movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión, trabajos que requieran movimientos repetidos o mantenidos como trabajos en zapatería.

2E0601: parálisis del nervio radial en trabajos que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas trabajos que provocan lesiones nerviosas por compresión, movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión, trabajos que entrañen contracción repetida del musculo supinador largo, presión crónica por el uso de la tijera.

F.- Actividades relacionadas con el transporte aéreo.

2A0104: trabajos de control y puesta a punto de motores de aviación, reactores o de pistón.

2A0106: trabajos en salas de maquinas de navíos.

2A0107: tráfico aéreo (personal de tierra, mecánicos y personal de navegación, de aviones a reacción, etc.).

2A01011: motores diesel, en particular en las dragas, los vehículos de transporte de ruta, ferroviarios y marítimos.

2F0601: trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que entrañen contracción repetida en el músculo supinador largo, como conductores de automóviles.

2H0103: deficiencia mantenida de los sistemas de presurización durante vuelos de gran altitud.

2I0113: transporte de materias radiactivas.

G.- Actividades relacionadas con el ocio y las discotecas.

2A0109: trabajos en salas de recreación (discotecas, etc.).

2A0113: trabajos de instalación y pruebas de equipos de amplificación de sonido.

2J0101: trabajos que precisan lámparas germicidas, antorchas de plomo, soldadura de arco o xenón, irradiación solar en grandes altitudes, laser industrial, colada de metales en fusión, vidrieros, empleados en estudios de cine, actores, personal de teatros.

2L0101: actividades en las que se precise uso mantenido y continuo de la voz, como son cantantes, actores, locutores.

H.- Actividades relacionadas con agricultura y la ganadería.

2A0108: talado y corte de árboles con sierras portátiles.

2C0101: bursitis crónica en trabajos que requieran una posición de rodillas mantenidas como trabajadores agrícolas, jardineros.

2F0301: síndrome del canal de Guyon, en trabajos que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas trabajos que provocan lesiones nerviosas por compresión, movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión, trabajos que requieran movimientos repetidos o mantenidos como ordeño de vaca.

I.- Actividades relacionadas con el vidrio.

2F0301: síndrome del canal de Guyon, en trabajos que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas trabajos que provocan lesiones nerviosas por compresión, movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión, trabajos que entrañen compresión prolongada de la muñeca o que requieran movimientos repetidos o mantenidos como gravado, talla y pulido del vidrio.

2J0101: enfermedades oftalmológicas producidas a consecuencia de exposiciones a radiaciones ultravioletas, trabajos con exposición a radiaciones no ionizantes con longitud de onda entre 100 y 400 nm, como los trabajos que precisan lámparas germicidas, antorchas de plomo, soldadura de arco o xenón, vidrieros.

2K0101: enfermedades provocadas por energía radiante, en trabajos con cristal incandescente.

J.- Actividades en laboratorios y en material bacteriológico.

2J0101: enfermedades oftalmológicas producidas a consecuencia de exposiciones a radiaciones ultravioletas, trabajos con exposición a radiaciones no ionizantes con longitud de onda entre 100 y 400 nm, como los trabajos que precisan lámparas germicidas, antorchas de plomo, soldadura de arco o xenón, en laboratorios bacteriológicos y similares.

2I0104: empleo de sustancias radiactivas y rayos X en laboratorios de investigación.

K.- Actividades relacionadas con la alimentación.

2D0201: enfermedades del codo y antebrazo (epicondilitis y epitroclaitis), trabajos que requieran impactos o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo, así como movimientos de flexioextensión de la muñeca como carniceros, pescaderos.

2F0201: síndrome del túnel carpiano por compresión, trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provoquen lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión e hiperextensión de la muñeca, trabajos que entrañen compresión prolongada de la muñeca o de una presión mantenida como carniceros, matarifes.

2I0108: enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes en trabajos que se realicen en la conservación de alimentos.

L.- Actividades relacionadas con la calderería.

2A0101: hipoacusia o sordera provocada por el ruido en trabajos de calderería.

2D0201: enfermedades del codo y antebrazo (epicondilitis y epitroclaitis), trabajos que requieran impactos o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo, así como movimientos de flexioextensión de la muñeca como caldereros.

LI.- Actividades relacionadas con residuos.

2A0112: hipoacusia o sordera provocada por el ruido en trabajos de recolección de basura doméstica.

2I0112: enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes en trabajos que se realicen en instalación de tratamiento y almacenaje de residuos radiactivos.

M.- Actividades relacionadas en combustibles.

2I0111: enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes en trabajos que se realicen en la fabricación de enriquecimiento de combustibles.

2K0101: enfermedades provocadas por energía radiante en fábricas de carburos.

N.- Actividades deportivas.

2F0301: síndrome del canal de Guyon, en trabajos que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas trabajos que provocan lesiones nerviosas por compresión, movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión, trabajos que entrañen compresión prolongada de la muñeca o que requieran movimientos repetidos o mantenidos como lanzadores de martillo, disco y jabalina.

2D0201: enfermedades del codo y antebrazo (epicondilitis y epitroclaitis), trabajos que requieran impactos o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo, así como movimientos de flexioextensión de la muñeca como deportistas.

Ñ.- Actividades realizadas en cámaras hiperbaricas, buceo.

2H0101: enfermedades provocadas por compresión o descompresión atmosférica en trabajos subacuáticos en operadores de cámaras submarinas hiperbaticas con escafandra o provistos de equipos de buceo autónomo.

2H0102: enfermedades provocadas por compresión o descompresión atmosférica, en todo trabajo efectuado en un medio hiperbarico.

O.- Mecánicos.

2F0201: síndrome del túnel carpiano por compresión, trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provoquen lesiones nerviosas por compresión.

Movimientos extremos de hiperflexión e hiperextensión de la muñeca, trabajos que entrañen comprensión prolongada de la muñeca o de una presión mantenida como montaje (mecánica).

2D0201: enfermedades del codo y antebrazo (epicondilitis y epitroclaitis), trabajos que requieran impactos o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo, así como movimientos de flexioextensión de la muñeca como mecánicos.

P.- Actividades que produzcan vibraciones.

2B0101: enfermedades angioneuróticas provocadas por vibraciones mecánicas, en trabajos que produzcan vibraciones transmitidas a la mano y al brazo, cuando se manejan maquinaria que transmitan vibraciones como martillos neumáticos, punzones, taladros, taladros a percusión, perforadoras, pulidoras, esmeriles, sierras mecánicas, desbrozadoras.

2B0102: enfermedades angioneuróticas provocadas por vibraciones mecánicas, en trabajos en los que se utilicen remachadoras y pistolas de sellado.

Q.- Actividades que usen de manera continuada la voz.

2L0101: nódulos de las cuerdas vocales a causa de esfuerzos sostenidos de la voz en las actividades que se precise el uso mantenido y continuo de la voz, como profesores, cantantes, actores, teleoperadores, locutores.

R.- Carga y descarga.

2F0501: trabajos que requieran carga repetida sobre la espalda de objetos pesados y rígidos, como mozos de mudanzas, empleados de carga y descarga y similares.

S.- Actividades de imprenta.

2A0115: hipoacusia o sordera provocada por el ruido en los trabajos en imprenta rotativa en la industria gráfica.

T.- Actividades de la industria química y farmacéutica.

2I0103: enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes, en la fabricación de productos químicos y farmacéuticos radioactivos.

U.- Actividades relacionadas con el plástico.

2F0201: síndrome del túnel carpiano por compresión, trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provoquen lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión e hiperextensión de la muñeca, trabajos que entrañen compresión prolongada de la muñeca o de una presión mantenida, de la aprensión de la mano como cortadores de material plástico.

V.- Actividades relacionadas con municiones y explosivos.

2A0118: expolio y destrucción de municiones y explosivos.

W.- Actividades de hostelería.

2F0201: síndrome del túnel carpiano por compresión, trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provoquen lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión e hiperextensión de la muñeca, trabajos que entrañen compresión prolongada de la muñeca o de una presión mantenida, de la aprensión de la mano como hostelería.

X.- Actividades relacionadas con la relojería.

2I0105: fabricación y aplicación de productos luminosos con sustancias radioactivas en pinturas de esferas de relojería.

7.6.3. Actividades que desarrollan las enfermedades del grupo 3 del RD 1299/2006: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

En este grupo la descripción es completa dado que se describe tanto la actividad como la enfermedad, de tal forma que la protección del trabajador en este grupo, respecto de la enfermedad profesional es más completa y opera la presunción "iuris et de iure".

A.- Actividades relacionadas con el cuidado, la cría y el transporte de animales.

3B0102: enfermedades infecciosas que se transmiten al hombre por los animales, trabajos realizados por los matarifes.

3B0108: enfermedades infecciosas que transmiten al hombre los animales, trabajos de manipulación, carga, descarga, transporte y empleo de los despojos de animales.

3B0109: enfermedades infecciosas que transmiten al hombre los animales, trabajos realizados por los pastores.

3B0113: enfermedades infecciosas que transmiten al hombre los animales, personal de cuidado, recogida, cría y transporte de animales.

3B0117: enfermedades infecciosas que transmiten al hombre los animales, los avicultores.

3B0118: enfermedades infecciosas que transmiten al hombre los animales, en las tiendas de animales.

3B0121: enfermedades infecciosas que transmiten al hombre los animales, en trabajos realizados por los granjeros.

3B0126: enfermedades infecciosas que transmiten al hombre los animales, trabajos realizados por porquerizos.

3B0128: enfermedades infecciosas que transmiten al hombre los animales, en trabajos realizados por vaqueros.

3B0129: enfermedades infecciosas que transmiten al hombre los animales, en profesiones en contacto con ganado equino.

3B0132: trabajos que impliquen la manipulación o exposición de excretas de animales: ganaderos, veterinarios, trabajadores de animalarios.

B.- Actividades relacionadas con la humedad.

3B0105: curtidores.

3B0106: veterinarios.

3B0125: segadores de arrozales.

3B0127: trabajos de alcantarillado (ratas).

3D0101: trabajos en cuevas de fermentación.

3D0104: trabajos en contacto con la humedad.

3D0105: trabajos dedicados a la limpieza y mantenimiento de instalaciones que sean susceptibles de transmitir la legionella.

3D0106: trabajos subterráneos: minas, túneles, galerías, cuevas.

3D0107: trabajos en zonas húmedas y/o pantanosas: pantanos, arrozales, salinas, huertas.

C.- Actividades ejercitadas por el personal sanitario.

3A0101: personal sanitario.

3A0102: personal sanitario y auxiliar de instituciones cerradas.

3A0107: odontólogos.

3A0108: personal de auxilio.

3B0106: veterinarios.

3B0110: personal sanitario que este en contacto con los animales.

D.- Actividades relacionadas con la agricultura.

3B0101: agricultores.

3D0108: agricultores (centeno).

3B0114: obreros rurales.

3B0124: trabajadores del campo.

3B0125: segadores de arrozales.

E.- Actividades ejercitadas por personal de laboratorio.

3A0103: personal de laboratorio que se ocupen de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección.

3A0105: trabajadores de laboratorios de investigación o análisis clínicos.

3A0106: trabajos de toma, manipulación o empleo de sangre humana o sus derivados.

3B0111: personal de laboratorios.

F.- Actividades relacionadas con mataderos.

3B0103: matarifes.

3B0112: personal de mataderos.

3B0115: carniceros.

G.- Actividades forestales.

3B0122: guardas de caza.

3B0123: trabajos forestales.

3B0130: personal de conservación de la naturaleza.

H.- Actividades relacionadas con la peletería.

3B0104: peleteros.

3B0105: curtidores.

3B0107: diseñadores de prendas de piel.

7.6.4. Actividades que desarrollan las enfermedades del grupo 4 del RD 1299/2006: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.

Este grupo, muy extenso que comprende diferentes y múltiples actividades, es de carácter residual al comprender enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes que no se hallen comprendidos en otros apartados, en este sentido se definen las diferentes enfermedades profesionales, en cuanto a los agentes y las sustancias si bien en algunos apartados se define el agente o subagente pero habla de otros polvos de minerales y, en otros distingue entre bajo y alto peso molecular.

Por otra parte, destaca que las mismas actividades pueden causar diferentes enfermedades profesionales

A.- Actividades relacionadas con la alimentación.

4D0106: industria de la alimentación en los trabajos expuestos a la inhalación de polvos de talco, que provoquen talcosis.

4D0206: industria de la alimentación en los trabajos expuestos a la inhalación de polvos de silicatos, que provoquen silicocaolinosis.

4D0306: industria de la alimentación en los trabajos expuestos a la inhalación de polvos de caolín, que provoquen caolinosis.

Que provoquen rinoconjuntivitis:

4H0101: industria alimenticia, panadería, industria de la cerveza, trabajos en los que exista exposición a sustancias de alto peso molecular (sustancias de origen vegetal, animal, microorganismos, y sustancias enzimáticas).

4H0102: industria del té, industria del café, industria del aceite, trabajos en los que exista exposición a sustancias de alto peso molecular (sustancias de origen vegetal, animal, microorganismos, y sustancias enzimáticas).

4H0104: industria de la malta, trabajos en los que exista exposición a sustancias de alto peso molecular.

4H0105: procesamiento de la canela.

4H0106: procesamiento de la soja.

4H0107: elaboración de especias.

4H0108: molienda de semillas.

4H0109: lavadores de queso.

4H0110: manipuladores de enzimas.

4H0112: trabajos de agricultura.

4H0112: trabajos de agricultura.

4H0113: granjeros, ganaderos, veterinarios y procesadores de carne.

4H0114: trabajos en avicultura.

4H0115: trabajos en piscicultura.

4H0125: trabajos con harinas de pescado y piensos compuestos.

4H0129: trabajos en los que se manipula cáñamo, bagazo de caña de azúcar.

Que provoquen asma:

4H0201: industria alimentaria, panadería, industria de la cerveza.

4H0202: industria del té, industria del café, industria del aceite.

4H0204: industria de la malta, trabajos en los que exista exposición a sustancias de alto peso molecular.

4H0205: procesamiento de la canela.

4H0206: procesamiento de la soja.

4H0207: elaboración de especias.

4H0208: molienda de semillas.

4H0209: lavadores de queso.

4H0210: manipuladores de enzimas.

4H0212: trabajos de agricultura.

4H0213: granjeros, ganaderos, veterinarios y procesadores de carne.

4H0214: trabajos en avicultura.

4H0215: trabajos en piscicultura.

4H0225: trabajos con harinas de pescado y piensos compuestos.

4H0229: trabajos en los que se manipula cáñamo, bagazo de caña de azúcar.

Que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad):

4H0301: industria alimentaria, panadería, industria de la cerveza.

4H0302: industria del té, industria del café, industria del aceite.

4H0304: industria de la malta, trabajos en los que exista exposición a sustancias de alto peso molecular.

4H0305: procesamiento de la canela.

4H0306: procesamiento de la soja.

4H0307: elaboración de especias.

4H0308: molienda de semillas.

4H0309: lavadores de queso.

4H0310: manipuladores de enzimas.

4H0312: trabajos de agricultura.

4H0313: granjeros, ganaderos, veterinarios y procesadores de carne.

4H0314: trabajos en avicultura.

4H0315: trabajos en piscicultura.

4H0325: trabajos con harinas de pescado y piensos compuestos.

4H0329: trabajos en los que se manipula cáñamo, bagazo de caña de azúcar.

Que provoquen síndrome de disfunción reactivo de la vía aérea:

4H0401: industria alimentaria, panadería, industria de la cerveza.

4H0402: industria del té, industria del café, industria del aceite.

4H0404: industria de la malta, trabajos en los que exista exposición a sustancias de alto peso molecular.

4H0405: procesamiento de la canela.

4H0406: procesamiento de la soja.

4H0407: elaboración de especias.

4H0408: molienda de semillas.

4H0409: lavadores de queso.

4H0410: manipuladores de enzimas.

4H0412: trabajos de agricultura.

4H0413: granjeros, ganaderos, veterinarios y procesadores de carne.

4H0414: trabajos en avicultura.

4H0415: trabajos en piscicultura.

4H0425: trabajos con harinas de pescado y piensos compuestos.

4H0429: trabajos en los que se manipula cáñamo, bagazo de caña de azúcar.

Que provoquen fibrosis intersticial difusa:

4H0501: industria alimentaria, panadería, industria de la cerveza.

4H0502: industria del té, industria del café, industria del aceite.

4H0504: industria de la malta, trabajos en los que exista exposición a sustancias de alto peso molecular.

4H0505: procesamiento de la canela.

4H0506: procesamiento de la soja.

4H0507: elaboración de especias.

4H0508: molienda de semillas.

4H0509: lavadores de queso.

4H0510: manipuladores de enzimas.

4H0512: trabajos de agricultura.

4H0513: granjeros, ganaderos, veterinarios y procesadores de carne.

4H0514: trabajos en avicultura.

4H0515: trabajos en piscicultura.

4H0525: trabajos con harinas de pescado y piensos compuestos.

4H0529: trabajos en los que se manipula cáñamo, bagazo de caña de azúcar.

Que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso:

4H0601: industria alimentaria, panadería, industria de la cerveza.

4H0602: industria del té, industria del café, industria del aceite.

4H0604: industria de la malta, trabajos en los que exista exposición a sustancias de alto peso molecular.

4H0605: procesamiento de la canela.

4H0606: procesamiento de la soja.

4H0607: elaboración de especias.

4H0608: molienda de semillas.

4H0609: lavadores de queso.

4H0610: manipuladores de enzimas.

4H0612: trabajos de agricultura.

4H0613: granjeros, ganaderos, veterinarios y procesadores de carne.

4H0614: trabajos en avicultura.

4H0615: trabajos en piscicultura.

4H0625: trabajos con harinas de pescado y piensos compuestos.

4H0629: trabajos en los que se manipula cáñamo, bagazo de caña de azúcar.

B.- Actividades relacionadas con la industria metalúrgica y con los metales.

Industria metalúrgica:

4A0106: trabajos de desmoldeo, desbardado y desarenado en las fundiciones que provoquen silicosis.

4A0107: trabajos con muelas (pulido, afinado) que contengan sílice libre que provoquen silicosis.

4A0108: trabajos en chorro de arena y esmeril que provoquen silicosis.

4A0110: trabajos en la industria siderometalúrgica que provoquen silicosis.

4A0112: fabricación de abrasivos que provoquen silicosis.

4D0113: trabajos expuestos al polvo de talco en la industria metalúrgica que provoquen talcosis.

4D0213: trabajos expuestos al polvo de silicatos naturales en la industria metalúrgica que provoquen talcosis.

4D0313: trabajos expuestos al polvo de caolín y otros silicatos en la industria metalúrgica que provoquen talcosis.

4I0107: trabajos en fundiciones expuestos a sustancias en bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0124: trabajos en refinaría de platino que provoquen rinoconjuntivitis .

4I0125: galvanizado, plateado, niquelado y cromado de metales que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0126: soldadores que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0127: industria de aluminio que provoquen rinoconjuntivitis .

4I0129: trabajos en acero inoxidable que provoquen rinoconjuntivitis .

4I0207: trabajos en fundiciones expuestos a sustancias en bajo peso molecular que provoquen urticarias, angioedemas.

Metales:

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, que provoquen neumoconiosis por metal duro o acero de Widia.

4E0102: trabajos de mezclado, tamizado, moldeado y rectificado de carburos de tungsteno, titanio, tantalio, vanadio y molibdeno aglutinados en cobalto, hierro y níquel, que provoquen neumoconiosis por metal duro o acero de Widia.

4E0103: pulidores de metales, que provoquen neumoconiosis por metal duro o acero de Widia.

4E0201: trabajos en los que exista la posibilidad de inhalación de metales sintetizados, compuestos de carburos metálicos de alto punto de fusión y metales de ligazón de bajo punto de fusión, que provoquen siderosis.

4E0202: trabajos de mezclado, tamizado, moldeado y rectificado de carburos de tungsteno, titanio, tantalio, vanadio y molibdeno aglutinados en cobalto, hierro y níquel, que provoquen siderosis.

4E0203: pulidores de metales, que provoquen siderosis.

4G0101: extracción de aluminio a partir de minerales, en particular la separación por fusión electrolítica del óxido de aluminio.

4G0102: preparación de polvos de aluminio, especialmente el polvo fino.

4G0103: preparación de aleaciones de aluminio.

C.- Actividades realizadas en minas y canteras.

4A0101: trabajos en minas, túneles, canteras, galerías, obras públicas que provoquen silicosis.

4A0102: tallado y pulido de rocas silíceas, trabajos de canterías que provoquen silicosis.

4A0103: trabajos en seco, de trituración, tamizado y manipulación de minerales o rocas que provoquen silicosis.

4C0101: trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales o rocas amiantíferas, que provoquen asbestosis por inhalación de polvos de amianto, que provoquen asbestosis.

4C0201: trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales o rocas amiantíferas, que provoquen afecciones fibrosantes de la pleura y pericardio provocadas por el amianto, que provoquen afecciones fibrosantes de la pleura y pericardio.

4D0101: extracción y tratamiento de minerales que liberen polvo de silicatos, provoquen talcosis.

4D0114: trabajos de explotación de minas de hierro cuyo contenido en sílice sea prácticamente nulo, que provoquen talcosis.

4D0201: extracción y tratamiento de minerales que liberen polvo de silicatos, que provoquen silicocaolinosis.

4D0214: trabajos de explotación de minas de hierro cuyo contenido en sílice sea prácticamente nulo, que provoquen silicocaolinosis.

4D0301: extracción y tratamiento de minerales que liberen polvo de silicatos, que provoquen caolinosis.

4D0214: trabajos de explotación de minas de hierro cuyo contenido en sílice sea prácticamente nulo, que provoquen caolinosis.

4G0101: extracción de aluminio a partir de sus minerales, en particular la separación por fusión electrolítica del óxido de aluminio, de la bauxita que provoquen neumoconiosis por polvo de aluminio.

D.- Actividades textiles y de cuero.

4C0102: fabricación de tejidos de amianto, que provoquen asbestosis.

4C0202: fabricación de tejidos de amianto, que provoquen afecciones fibrosantes de la pleura y pericardio provocadas por el amianto.

4D0105: industria textil, expuestos a otros polvos minerales, que provoquen talcosis.

4D0110: industria de pieles, expuestos a otros polvos minerales, que provoquen talcosis.

4D0205: industria textil, expuestos a otros polvos minerales, que provoquen silicocaolinosis.

4D0210: industria de pieles, expuestos a otros polvos minerales, que provoquen silicocaolinosis.

4D0305: industria textil, expuestos a otros polvos minerales, que provoquen caolinosis.

4D0310: industria de pieles, que provoquen caolinosis.

4G0107: utilización de hidrato de aluminio en la industria textil.

4H0103: industria del lino, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0119: industria textil, que provoque rinoconjuntivitis.

4H0121: industria del cuero, que provoque rinoconjuntivitis, (exposición a sustancias de alto peso molecular).

4H0129: trabajos en los que se manipule cáñamo, bagazo de caña de azúcar, yute, lino, esparto, sisal y corcho, que provoque rinoconjuntivitis.

4H0203: industria del lino, que provoque rinoconjuntivitis, (exposición a sustancias de alto peso molecular).

4H0219: industria textil, que provoque asma.

4H0229: trabajos en los que se manipule cáñamo, bagazo de caña de azúcar, yute, lino, esparto, sisal y corcho, que provoquen asma.

4I0101: industria del cuero, que provoque rinoconjuntivitis.(exposición a sustancias de bajo peso molecular).

4I0103: industria del lino, que provoque rinoconjuntivitis, (exposición a sustancias de bajo peso molecular).

4I0201: industria del cuero, que provoquen urticarias, angioedemas.

4I0203: industria textil, que provoquen urticarias, angioedemas.

E.- Actividades relacionadas con la construcción.

4C0104: aplicación de amianto a pistola en chimeneas, que provoquen asbestosis.

4C0105: trabajos de aislamiento térmico en construcción de edificios y destrucción, que provoquen asbestosis.

4C0106: fabricación de productos de fibrocemento, que provoquen asbestosis.

4C0204: aplicación de amianto a pistola en chimeneas, que provoquen afecciones fibrosantes de la pleura y pericardio.

4C0205: trabajos de aislamiento térmico en construcción de edificios y destrucción, que provoquen afecciones fibrosantes de la pleura y pericardio.

4C0206: fabricación de productos de fibrocemento, que provoquen afecciones fibrosantes de la pleura y pericardio.

4D0107: industria de ciertas especies de fibrocemento, que provoquen talcosis.

4D0207: industria de ciertas especies de fibrocemento, que provoquen silicocaolinosis.

4D0307: industria de ciertas especies de fibrocemento, que provoquen caolinosis.

4H0130: construcción, en trabajos que estén en contacto con sustancias de alto peso molecular, provoquen rinoconjuntivitis.

4H0230: construcción, en trabajos que estén en contacto con sustancias de alto peso molecular, provoquen asma.

4I0116: fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado líquido, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0118: trabajos de aislamiento y revestimiento, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

F.- Actividades relacionadas con la pintura.

4A0114: fabricación de pinturas, que utilicen sílice que provoquen silicosis.

4D0109: fabricación de tintes y pinturas, que utilicen talco que provoquen talcosis.

4D0116: operaciones de molido y ensacado de la barita, que utilicen talco que provoquen talcosis.

4D0209: fabricación de tintes y pinturas, que utilicen sílice que provoquen silicocaolinosis.

4D0216: operaciones de molido y ensacado de la barita, que utilicen sílice provoquen silicocaolinosis .

4D0309: fabricación de tintes y pinturas, que utilicen caolín y otros silicatos que provoquen caolinosis y otras silicatosis.

4D0316: operaciones de molido y ensacado de la barita, que utilicen caolín y otros silicatos que provoquen caolinosis y otras silicatosis.

4G0104: preparación de tintas de imprimir a partir de pigmento extraído de los residuos de los baños de fusión de la bauxita que provoquen neumoconiosis por polvo de aluminio.

4H0131: aplicación de pinturas, pigmentos, etc. mediante aerografía, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0231: aplicación de pinturas, pigmentos, etc. mediante aerografía, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4H0331: aplicación de pinturas, pigmentos, etc. mediante aerografía, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4H0431: aplicación de pinturas, pigmentos, etc. mediante aerografía, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción reactivo de la vía aérea.

4H0531: aplicación de pinturas, pigmentos, etc. mediante aerografía, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4H0631: aplicación de pinturas, pigmentos, etc. mediante aerografía, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso.

4H0731: aplicación de pinturas, pigmentos, etc. mediante aerografía, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

4I0109: fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0133: aplicación de pinturas, pigmentos, etc. mediante aerografía, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0209: fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticaria, angioedemas.

4I0233: aplicación de pinturas, pigmentos, etc. mediante aerografía, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen urticaria, angioedemas.

4I0309: fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen asma.

4I0333: aplicación de pinturas, pigmentos, etc. mediante aerografía, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4I0409: fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4I0433: aplicación de pinturas, pigmentos, etc. mediante aerografía, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4I0509: fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción de vía reactiva.

4I0533: aplicación de pinturas, pigmentos, etc. mediante aerografía, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción de vía reactiva.

4I0609: fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0633: aplicación de pinturas, pigmentos, etc. mediante aerografía, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0709: fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fiebre de metales y de otras sustancias de bajo peso molecular.

4I0733: aplicación de pinturas, pigmentos, etc. mediante aerografía, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen fiebre de los metales y de otras sustancias de bajo peso molecular.

4I0809: fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

4I0833: aplicación de pinturas, pigmentos, etc. mediante aerografía, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

G.- Actividades relacionadas con el papel.

4A0113: industria del papel que provoquen silicosis.

4C0102: fabricación de cartones y papeles de amianto, que estén en contacto con polvos de amianto, que provoquen asbestosis.

4C0202: fabricación de cartones y papeles de amianto, que estén en contacto con polvos de amianto, que provoquen afecciones fibrosantes de la pleura y pericardio.

4D0107: industria de papel del linóleo, cartón, que estén en contacto con polvos de talco, que provoquen talcosis.

4D0207: industria de papel del linóleo, cartón, que estén en contacto con polvos de silicatos, que provoquen silicocaolinosis.

4D0307: industria de papel del linóleo, cartón, que estén en contacto con polvos de caolín, que provoquen caolinosis.

4G0107: utilización de hidrato de aluminio en la industria papelera.

4H0120: industria de papel, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0127: encuadernadores, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0220: industria de papel, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4H0227: encuadernadores, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4H0320: industria de papel, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4H0327: encuadernadores, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4H0420: industria del papel, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción reactivo de la vía área.

4H0427: encuadernaciones, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción reactivo de la vía área.

4H0520: industria del papel, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4H0527: encuadernaciones, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4H0620: industria del papel, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso.

4H0627: encuadernaciones, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso.

4H0720: industria del papel, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

4I0114: industria de papel, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0214: industria de papel, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticaria, angioedemas.

4I0314: industria de papel, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen asma.

4I0414: industria de papel, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4I0514: industria de papel, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción de la vía reactiva.

4I0614: industria de papel, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0714: industria de papel, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fiebre de los metales y de otras sustancias de bajo peso molecular.

4I0814: industria de papel, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

H.- Actividades de la industria química.

4D0112: industria química, que estén expuestos a polvos de talco, que provoquen talcosis.

4D0212: industria química, que estén expuestos a polvos de silicatos naturales, que provoquen silicocaolinosis.

4D0312: industria química, que estén expuestos a polvos de caolín y otros silicatos, que provoquen caolinosis y otras silicatosis.

4H0116: industria química, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0216: industria química, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4H0316: industria química, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4H0416: industria química, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción de la vía área.

4H0516: industria química, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4H0616: industria química, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso.

4H0716: industria química, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

4I0102: industria química, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis

4I0202: industria química, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticaria, angioedemas.

4I0302: industria química, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen asma.

4I0402: industria química, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4I0502: industria química, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción de la vía reactiva.

4I0602: industria química, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0702: industria química, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fiebre de los metales y de otras sustancias de bajo peso molecular.

4I0802: industria química, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

I.- Actividades de la industria farmacéutica.

4D0102: industria farmacéutica que estén expuestos a polvos de talco, provoquen talcosis.

4D0202: industria farmacéutica, que estén expuestos a polvos de silicatos naturales, que provoquen silicocaolinosis.

4D0302: industria farmacéutica, que estén expuestos a polvos de caolín y otros silicatos, que provoquen caolinosis y otras silicatosis.

4H0118: industria farmacéutica, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0218: industria farmacéutica, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4H0316: industria farmacéutica, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4H0416: industria farmacéutica, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción de la vía aérea.

4H0516: industria farmacéutica, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4H0616: industria farmacéutica, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso.

4H0716: industria farmacéutica, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

4I0104: industria farmacéutica, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0204: industria farmacéutica, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticarias, angioedemas.

4I0304: industria farmacéutica, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen asma.

4I0404: industria farmacéutica, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4I0504: industria farmacéutica, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción de la vía reactiva.

4I0604: industria farmacéutica, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0704: industria farmacéutica, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fiebre de los metales y de otras sustancias de bajo peso molecular.

4I0804: industria farmacéutica, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

J.- Actividades de la industria cosmética.

4D0102: industria cosmética, que estén expuestos a polvos de talco, que provoquen talcosis.

4D0111: industria de perfumes y productos de belleza, fábricas de jabones, que estén expuestos a polvos de talco, que provoquen talcosis.

4D0202: industria cosmética, que estén expuestos a polvos de silicatos naturales, que provoquen silicocaolinosis.

4D0211: industria de perfumes y productos de belleza, fábricas de jabones, que estén expuestos a polvos de silicatos naturales, que provoquen silicocaolinosis.

4D0302: industria cosmética, que estén expuestos a polvos de caolín y otros silicatos, que provoquen caolinosis y otras silicatosis.

4D0311: industria de perfumes y productos de belleza, fábricas de jabones, que estén expuestos a polvos de caolín y otros silicatos, que provoquen caolinosis y otras silicatosis.

4I0104: industria cosmética, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0105: trabajos de peluquería, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0204: industria cosmética, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticarias, angioedemas.

4I0205: trabajos de peluquería, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticarias, angioedemas.

4I0304: industria cosmética, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen asma.

4I0305: trabajos de peluquería, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen asma.

4I0404: industria cosmética, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4I0404: trabajos de peluquería, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4I0504: industria cosmética, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción de la vía reactiva.

4I0505: trabajos de peluquería, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción de la vía reactiva.

4I0604: industria cosmética, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0605: trabajos de peluquería, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0704: industria cosmética, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fiebre de los metales y de otras sustancias de bajo peso molecular.

4I0705: trabajos de peluquería, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fiebre de los metales y de otras sustancias de bajo peso molecular.

4I0804: industria cosmética, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

4I0805: trabajos de peluquería, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

K.- Actividades relacionadas con productos sanitarios, odontólogos, clínicas dentales.

4B0101: trabajos que impliquen exposición a polvo de carbón, que provoquen neumoconiosis de los mineros del carbón.

4H0123: personal sanitario, higienistas dentales, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0124: personal de laboratorios médicos y farmacéuticos, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0223: personal sanitario, higienistas dentales, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4H0224: personal de laboratorios médicos y farmacéuticos, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4H0323: personal sanitario, higienistas dentales, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4H0324: personal de laboratorios médicos y farmacéuticos, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4H0423: personal sanitario, higienistas dentales, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción reactivo de la vía aérea.

4H0424: personal de laboratorios médicos y farmacéuticos, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción reactivo de la vía aérea.

4H0523: personal sanitario, higienistas dentales, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4H0524: personal de laboratorios médicos y farmacéuticos, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4H0623: personal sanitario, higienistas dentales, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso.

4H0624: personal de laboratorios médicos y farmacéuticos, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso.

4H0723: personal sanitario, higienistas dentales, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

4H0724: personal de laboratorios médicos y farmacéuticos, que utilicen sustancias de alto peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

4I0119: trabajos de laboratorios, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0121: dentistas, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0122: personal sanitario, enfermería, anatomía patológica, laboratorio, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0131: trabajadores sociales, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0132: trabajadores que se dediquen al cuidado de personas y asimilados, que provoquen urticarias, angioedemas .

4I0219: trabajos de laboratorios, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticarias, angioedemas .

4I0221: dentistas, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticarias, angioedemas .

4I0222: personal sanitario, enfermería, anatomía patológica, laboratorio, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticarias, angioedemas.

4I0231: trabajadores sociales, que provoquen urticarias, angioedemas.

4I0232: trabajadores que se dediquen al cuidado de personas y asimilados, que provoquen urticarias, angioedemas.

4I0319: trabajos de laboratorios, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticarias, asma.

4I0321: dentistas, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticarias, asma .

4I0322: personal sanitario, enfermería, anatomía patológica, laboratorio, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticarias, asma.

4I0331: trabajadores sociales, que provoquen urticarias, asma.

4I0332: trabajadores que se dediquen al cuidado de personas y asimilados, que provoquen urticarias, asma.

4I0419: trabajos de laboratorios, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticarias, alveolitis alérgica extrínseca.

4I0421: dentistas, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticarias, alveolitis alérgica extrínseca.

4I0422: personal sanitario, enfermería, anatomía patológica, laboratorio, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen, alveolitis alérgica extrínseca.

4I0431: trabajadores sociales, que provoquen urticarias, alveolitis alérgica extrínseca.

4I0432: trabajadores que se dediquen al cuidado de personas y asimilados, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca.

4I0519: trabajos de laboratorios, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción de vía reactiva.

4I0521: dentistas, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen, síndrome de disfunción de vía reactiva.

4I0522: personal sanitario, enfermería, anatomía patológica, laboratorio, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción de vía reactiva.

4I0531: trabajadores sociales, que provoquen, síndrome de disfunción de vía reactiva.

4I0532: trabajadores que se dediquen al cuidado de personas y asimilados, que provoquen síndrome de disfunción de vía reactiva.

4I0619: trabajos de laboratorios, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0621: dentistas, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0622: personal sanitario, enfermería, anatomía patológica, laboratorio, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0631: trabajadores sociales, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0632: trabajadores que se dediquen al cuidado de personas y asimilados, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0719: trabajos de laboratorios, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fiebre de los metales y de otras sustancias de de bajo peso molecular.

4I0721: dentistas, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fiebre de los metales y de otras sustancias de de bajo peso molecular.

4I0722: personal sanitario, enfermería, anatomía patológica, laboratorio, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fiebre de los metales y de otras sustancias de de bajo peso molecular.

4I0731: trabajadores sociales, que provoquen fiebre de los metales y de otras sustancias de de bajo peso molecular.

4I0732: trabajadores que se dediquen al cuidado de personas y asimilados, que provoquen fiebre de los metales y de otras sustancias de de bajo peso molecular.

4I0819: trabajos de laboratorios, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen neumopía intersticial difusa.

4I0821: dentistas, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

4I0822: personal sanitario, enfermería, anatomía patológica, laboratorio, que utilicen sustancias de bajo peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

4I0831: trabajadores sociales, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

4I0632: trabajadores que se dediquen al cuidado de personas y asimilados, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

L.- Actividades relacionadas con la cerámica.

4A0104: fabricación de carborundo, vidrio, porcelana, loza y otros productos cerámicos, fabricación y conservación de los ladrillos refractarios a base de sílice que provoque silicosis.

4A0109: industria cerámica, expuesta a polvo de sílice que provoque silicosis

4A0111: fabricación de refractarios, que estén expuestos a polvos de sílice que provoque silicosis.

4D0103: fabricación de refractarios y de porcelana, expuestos a inhalación de polvos minerales diferentes del sílice, que provoquen talcosis.

4D0104: fabricación de materiales refractarios, expuestos a inhalación de polvos minerales diferentes del sílice, que provoquen talcosis.

4D0203: industria cerámica y de la porcelana, expuestos a inhalación de polvos minerales diferentes del sílice, que provoquen silicocaolinosis.

4D0204: fabricación de materiales refractarios, expuestos a inhalación de polvos minerales diferentes del sílice, que provoquen silicocaolinosis.

4D0303: industria cerámica y de la porcelana, expuestos a inhalación de polvos minerales diferentes del sílice, que provoquen caolinosis y otras silicatosis.

4D0304: fabricación de materiales refractarios, expuestos a inhalación de polvos minerales diferentes del sílice, que provoquen caolinosis y otras silicatosis.

LI.- Actividades relacionadas con plásticos y resinas.

4A0114: fabricación de plásticos, que estén expuestos al sílice que provoque silicosis.

4H0117: industria del plástico, industria del látex, que estén expuesto a sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0217: industria del plástico, industria del látex, que estén expuesto a sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4I0106: fabricación de resinas y endurecedores, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0112: industria del plástico, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0116: fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado líquido, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0117: fabricación de látex, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0206: fabricación de resinas y endurecedores, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticarias, angioedemas.

4I0212: industria del plástico, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticarias, angioedemas.

4I0216: fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado líquido, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticarias, angioedemas.

4I0217: fabricación de látex, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticarias, angioedemas.

4I0306: fabricación de resinas y endurecedores, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen asma.

4I0312: industria del plástico, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen asma.

4I0316: fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado líquido, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen asma.

4I0406: fabricación de resinas y endurecedores, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4I0412: industria del plástico, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4I0416: fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado líquido, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4I0417: fabricación de látex, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4I0506: fabricación de resinas y endurecedores, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción de la vía reactiva.

4I0512: industria del plástico, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción de la vía reactiva.

4I0516: fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado líquido, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción de la vía reactiva.

4I0606: fabricación de resinas y endurecedores, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0612: industria del plástico, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0616: fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado líquido, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0617: fabricación de látex, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0706: fabricación de resinas y endurecedores, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fiebre de los metales y de otras de sustancias de bajo peso molecular.

4I0712: industria del plástico, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fiebre de los metales y de otras de sustancias de bajo peso molecular.

4I0716: fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado líquido, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fiebre de los metales y de otras de sustancias de bajo peso molecular.

4I0717: fabricación de látex, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fiebre de los metales y de otras de sustancias de bajo peso molecular.

4I0806: fabricación de resinas y endurecedores, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

4I0812: industria del plástico, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

4I0816: fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado líquido, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

4I0817: fabricación de látex, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

M.- Actividades relacionadas tratamiento de amianto.

4C0103: tratamiento preparatorio de fibras de amianto (cardado, hilado, tramado, etc.), expuestos a polvos de amianto, que provoquen asbestosis.

4C0104: aplicación de amianto a pistola (chimeneas, fondos de automóviles y vagones), expuestos a polvos de amianto, que provoquen asbestosis.

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, que provoquen asbestosis.

4C0107: desmontaje y demolición de instalaciones que contengan amianto, expuestos a polvos de amianto, que provoquen asbestosis.

4C0108: carga, descarga o transporte de mercancía que pudieran contener fibras de amianto, expuestos a polvos de amianto, que provoquen asbestosis.

4C0203: tratamiento preparatorio de fibras de amianto (cardado, hilado, tramado, etc.), expuestos a polvos de amianto, que provoquen afecciones fibrosantes de la pleura y pericardio.

4C0204: aplicación de amianto a pistola (chimeneas, fondos de automóviles y vagones), expuestos a polvos de amianto, que provoquen afecciones fibrosantes de la pleura y pericardio.

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, que provoquen afecciones fibrosantes de la pleura y pericardio.

4C0207: desmontaje y demolición de instalaciones que contengan amianto, expuestos a polvos de amianto, que provoquen afecciones fibrosantes de la pleura y pericardio.

4C0208: carga, descarga o transporte de mercancía que pudieran contener fibras de amianto, expuestos a polvos de amianto, que provoquen afecciones fibrosantes de la pleura y pericardio.

N.- Actividades relacionadas con el caucho.

4C0106: fabricación de guarniciones para frenos y embragues, de productos de fibrocemento, de equipos contra incendios, de filtros y cartón de caucho, de juntas de caucho, que provoquen asbestosis.

4C0206: fabricación de guarniciones para frenos y embragues, de productos de fibrocemento, de equipos contra incendios, de filtros y cartón de caucho, de juntas de caucho, que provoquen afecciones fibrosantes de la pleura y pericardio.

4D0108: industria del caucho, expuestas a otros polvos de minerales, que provoquen talcosis.

4D0208: industria del caucho, expuestas a otros polvos de minerales, que provoquen silicocaolinosis.

4D0308: industria del caucho, expuestas a otros polvos de minerales, que provoquen caolinosis y otras silicatosis.

4I0113: industria de caucho, expuestas a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0213: industria de caucho, expuestas a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticaria, angioedema.

4I0313: industria de caucho, expuestas a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen asma.

4I0413: industria de caucho, expuestas a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonía de hipersensibilidad).

4I0513: industria de caucho, expuestas a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción de la vía reactiva.

4I0613: industria de caucho, expuestas a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0713: industria de caucho, expuestas a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fiebre de los metales y de otras sustancias de bajo peso molecular.

4I0813: industria de caucho, expuestas a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

Ñ.- Actividades relacionadas con la industria automovilística.

4A0112: fabricación de abrasivos, expuestos a polvo de sílice que provoque silicosis.

4C0104: aplicación de amianto a pistola en fondos de automóviles, que provoquen asbestosis.

4C0106: fabricación de guarniciones para frenos y embragues, de filtros y cartón de amianto, que provoquen asbestosis.

4C0204: aplicación de amianto a pistola en fondos de automóviles, que provoquen afecciones fibrosantes de la pleura y pericardio.

4C0206: fabricación de guarniciones para frenos y embragues, de filtros y cartón de amianto, que provoquen afecciones fibrosantes de la pleura y pericardio.

O.- Actividades relacionadas con la limpieza.

4A0105: fabricación de polvos detergentes que provoque silicosis.

4H0128: personal de limpieza, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0228: personal de limpieza, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4H0328: personal de limpieza, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4H0428: personal de limpieza, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción reactivo de la vía aérea.

4H0528: personal de limpieza, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4H0628: personal de limpieza, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso.

4H0728: personal de limpieza, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

4I0130: personal de limpieza, expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0230: personal de limpieza, expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticarias, angioedemas.

4I0330: personal de limpieza, expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen asma.

4I0430: personal de limpieza, expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4I0530: personal de limpieza, expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción de la vía reactiva.

4I0630: personal de limpieza, expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0730: personal de limpieza, expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fiebre de metales y de otras sustancias de bajo peso molecular.

4I0830: personal de limpieza, expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen neuropatía intersticial difusa.

P.- Actividades relacionadas con la agricultura.

4H0112: trabajos de agricultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0212: trabajos de agricultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4H0312: trabajos de agricultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4H0412: trabajos de agricultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción relativo de la vía área.

4H0512: trabajos de agricultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4H0612: trabajos de agricultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso.

4H0712: trabajos de agricultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

Q.- Actividades relacionadas con la ganadería.

4H0113: granjeros, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0213: granjeros, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4H0313: granjeros, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4H0413: granjeros, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción relativo de la vía área.

4H0513: granjeros, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4H0613: granjeros, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso.

4H0713: granjeros, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

Q-1.- Actividades relacionadas con la zoología.

4H0126: personas de zoológicos y entomólogos, expuestas a sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0226: personas de zoológicos y entomólogos, expuestas a sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4H0326: personas de zoológicos y entomólogos, expuestas a sustancias de alto peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4H0426: personas de zoológicos y entomólogos, expuestas a sustancias de alto peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción reactivo de la vía área.

4H0526: personas de zoológicos y entomólogos, expuestas a sustancias de alto peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa .

4H0626: personas de zoológicos y entomólogos, expuestas a sustancias de alto peso molecular, que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso.

4H0726: personas de zoológicos y entomólogos, expuestas a sustancias de alto peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

Q-2.- Actividades relacionadas con la avicultura.

4H0114: trabajos en avicultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0214: trabajos en avicultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4H0314: trabajos en avicultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4H0414: trabajos en avicultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción reactivo de la vía aérea.

4H0514: trabajos en avicultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4H0614: trabajos en avicultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso.

4H0714: trabajos en avicultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

Q-3.- Actividades relacionadas con la piscicultura.

4H0115: trabajos en piscicultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0215: trabajos en piscicultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4H0315: trabajos en piscicultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4H0415: trabajos en piscicultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción reactivo de la vía aérea.

4H0515: trabajos en avicultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4H0615: trabajos en avicultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso.

4H0715: trabajos en avicultura, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

R.- Actividades relacionadas abonos y piensos.

4F0101: fabricación y utilización de escorias de Thomas como abono.

4H0125: trabajos con harinas de pescado y piensos compuestos, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0225: trabajos en harinas de pescado y piensos compuestos, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4H0325: trabajos en harinas de pescado y piensos compuestos, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4H0425: trabajos en harinas de pescado y piensos compuestos, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción reactivo de la vía aérea.

4H0525: trabajos en harinas de pescado y piensos compuestos, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4H0625: trabajos en harinas de pescado y piensos compuestos, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso.

4H0725: trabajos en harinas de pescado y piensos compuestos, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

S.- Actividades relacionadas con la madera.

4H0122: industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera, expuestas a sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0222: industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera, expuestas a sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4H0322: industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera, expuestas a sustancias de alto peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4H0422: industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera, expuestas a sustancias de alto peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción reactivo de la vía área.

4H0522: industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera, expuestas a sustancias de alto peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa .

4H0622: industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera, expuestas a sustancias de alto peso molecular, que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso.

4H0722: industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera, expuestas a sustancias de alto peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

4I0115: industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera, expuestas a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0215: industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera, expuestas a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen urticarias, angioedemas.

4I0315: industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera, expuestas a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen asma.

4I0415: industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera,

expuestas a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4I0515: industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera, expuestas a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción de la vía reactiva.

4I0615: industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera, expuestas a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0715: industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera, expuestas a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen fiebre de los metales y de otras sustancias de bajo peso molecular.

4I0815: industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera, expuestas a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

T.- Actividades relacionadas con el corcho.

4H0129: trabajos en los que se manipula corcho, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4H0229: trabajos en los que se manipula corcho, expuestos a sustancias de alto peso molecular a sustancias de alto peso molecular, que provoquen asma.

4H0329: trabajos en los que se manipula corcho, expuestos a sustancias de alto peso molecular que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4H0429: trabajos en los que se manipula corcho, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen síndrome de disfunción reactivo de la vía aérea.

4H0529: trabajos en los que se manipula corcho, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen fibrosis intersticial difusa .

4H0629: trabajos en los que se manipula corcho, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen otras enfermedades de mecanismo impreciso.

4H0729: trabajos en los que se manipula corcho, expuestos a sustancias de alto peso molecular, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

U.- Actividades relacionadas con la industria electrónica.

4I0110: industria electrónica, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0210: industria electrónica, que provoquen urticarias, angioedemas.

4I0310: industria electrónica, que provoquen asma.

4I0410: industria electrónica, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4I0510: industria electrónica, que provoquen síndrome de disfunción de la vía reactiva.

4I0610: industria electrónica, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0710: industria electrónica, que provoquen fiebre de los metales y de otras sustancias de bajo peso molecular.

4I0810: industria electrónica, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

V.- Actividades relacionadas con la joyería.

4D0111: fabricas de joyería, que provoquen talcosis.

4D0211: fabricas de joyería, que provoquen silicocaolinosis.

4D0311: fabricas de joyería, que provoquen caolinosis y otras silicatosis.

4I0128: trabajos de joyería, expuestos a sustancias de bajo peso molecular, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0228: trabajos de joyería, que provoquen urticarias, angioedemas.

4I0328: trabajos de joyería, que provoquen asma.

4I0428: trabajos de joyería, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4I0528: trabajos de joyería, que provoquen síndrome de disfunción de la vía reactiva.

4I0628: trabajos, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0728: trabajos de joyería, que provoquen fiebre de los metales y de otras sustancias de bajo peso molecular.

4I0828: trabajos de joyería, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

W.- Actividades relacionadas con la industria aeronáutica.

4I0111: industria aeronáutica, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0211: industria aeronáutica, que provoquen urticarias, angioedemas.

4I0311: industria aeronáutica , que provoquen asma.

4I0411: industria aeronáutica , que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4I0511: industria aeronáutica , que provoquen síndrome de disfunción de la vía reactiva.

4I0611: industria aeronáutica, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0711: industria aeronáutica, que provoquen fiebre de los metales y de otras sustancias de bajo peso molecular.

4I0811: industria aeronáutica, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

X.- Trabajos en fotocopiadoras.

4I0120: trabajos en fotocopiadoras, que provoquen rinoconjuntivitis.

4I0220: trabajos en fotocopiadoras, que provoquen urticarias, angioedemas.

4I0320: trabajos en fotocopiadoras, que provoquen asma.

4I0420: trabajos en fotocopiadoras, que provoquen alveolitis alérgica extrínseca (o neumonitis de hipersensibilidad).

4I0520: trabajos en fotocopiadoras, que provoquen síndrome de disfunción de la vía reactiva.

4I0620: trabajos en fotocopiadora, que provoquen fibrosis intersticial difusa.

4I0720: trabajos en fotocopiadoras, que provoquen fiebre de los metales y de otras sustancias de bajo peso molecular.

4I0820: trabajos en fotocopiadoras, que provoquen neumopatía intersticial difusa.

Y.- Actividades relacionadas con la industria petrolera.

4D0116: operaciones de molido y ensacado de la barita que provoquen talcosis.

4D0216: operaciones de molido y ensacado de la barita que provoquen silicocaoniosis.

4D0316: operaciones de molido y ensacado de la barita que provoquen caolinosis y otras silicatosis.

4G0107: utilización de de hidrato de aluminio en las refinerías de petróleo.

Z.- Actividades relacionadas con la fabricación de artefactos pirotécnicos y explosivos.

4G0106: fabricación de artefactos pirotécnicos con granos de aluminio.

4J0107: fabricación de explosivos.

AA.- Actividades relacionadas con la fabricación del vidrio.

4A0104: fabricación de vidrio.

7.6.5. Actividades que desarrollan las enfermedades del grupo 5 del RD 1299/2006: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.

En este grupo en el enunciado del epígrafe solo se establece enfermedades profesionales de la piel no concretando cuales son las mismas, si que establece las sustancias y agentes que pueden causarlas pero simplemente distinguiendo entre bajo y alto peso molecular.

A.- Actividades relacionadas con la sanidad.

5A0119: trabajos de laboratorio, expuestos a sustancias de bajo peso molecular.

5A0120: dentistas, expuestos a sustancias de bajo peso molecular.

5A0122: personal sanitario: enfermería, anatomía patológica, laboratorio, expuestos a sustancias de bajo peso molecular.

5A0130: trabajadores sociales.

5A0131: trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados.

5B0123: personal sanitario, higienistas dentales, expuestos a sustancias de alto peso molecular.

5B0124: personal de laboratorios médicos y farmacéuticos, expuestos a sustancias de alto peso molecular.

5D0103: trabajadores de laboratorios de investigación o análisis clínicos, que estén expuestos a agentes infecciosos.

5D0104: trabajados de toma, manipulación o empleo de sangre humana o sus derivados, que estén expuestos a agentes infecciosos.

5D0105: odontólogos, que estén expuestos a agentes infecciosos.

5D0106: personal de auxilio, que estén expuestos a agentes infecciosos.

B.- Actividades relacionadas con la industria de la alimentación.

5B0101: industria alimenticia, panadería, industria de la cerveza que estén en contacto con sustancias de alto peso molecular.

5B0102: industria del té, industria del café, industria del aceite.

5B0104: industria de la malta.

5B0105: procesamiento de la canela.

5B0106: procesamiento de la soja.

5B0107: elaboración de especias.

5B0108: molienda de semillas.

5B0109: lavadores de queso.

5B0110: manipuladores de enzimas.

5B0111: trabajadores de silos y molinos.

5B0112: trabajadores de agricultura.

5B0113: procesadores de carne.

5D0111: matarifes.

5D0112: agricultores.

5D0113: industria alimentaria.

5D0114: carniceros.

C.- Actividades relacionadas con animales.

5A0123: granjeros, fumigadores.

5B0113: granjeros, ganaderos, veterinarios.

5B0114: trabajos en avicultura.

5B0115: trabajos en piscifactoría.

5B0125: trabajos con harinas de pescado y piensos compuestos.

5B0126: personal de zoológicos, entomólogos.

5D0109: ganaderos.

5D0110: veterinarios.

5D0111: matarifes.

5D0114: carniceros.

5A0101: industria del cuero, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular.

5B0121: industria del cuero, que estén expuestos a sustancias de alto peso molecular.

D.- Actividades relacionadas con la industria de metales.

5A0105: trabajos en fundiciones.

5A0124: galvanizado, plateado, niquelado y cromado de metales.

5A0125: soldadores.

5A0126: industria del aluminio.

5A0128: trabajos con acero inoxidable.

E.- Actividades relacionadas con la industria del plástico.

5A0106: fabricación de resinas.

5A0112: industria del plástico, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular.

5B0117: industria del plástico, que estén expuestos a sustancias de alto peso molecular.

F.- Actividades relacionadas con la industria del látex.

5A0117: fabricación de látex, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular.

5B0117: industria del látex, que estén expuestos a sustancias de alto peso molecular.

G.- Actividades relacionadas con la madera.

5A0115: industria de la madera: aserraderos, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular.

5B0122: industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera, que estén expuestos a sustancias de alto peso molecular.

H.- Actividades relacionadas con el papel.

5A0114: industria del papel.

5B0127: encuadernaciones.

I.- Actividades relacionadas pinturas, lacas, colorantes, esmaltes, adhesivos, barnices.

5A0109: fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes.

5A0132: aplicación de pinturas, pigmentos etc., mediante aerografía.

J.- Actividades relacionadas con la industria textil.

5A0102: industria textil, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular.

5B0119: industria textil, que estén expuestos a sustancias de alto peso molecular.

K.- Actividades relacionadas con la industria del cuero.

5A0101: industria del cuero, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular.

5B0121: industria del cuero, que estén expuestos a sustancias de alto peso molecular.

L.- Actividades relacionadas con la industria farmacéutica.

5A0104: industria farmacéutica, expuesta a sustancias de bajo peso molecular.

5B0118: industria farmacéutica, expuesta a sustancias de alto peso molecular.

LI.- Actividades relacionadas con la industria química.

5A0103: industria química, expuesta a sustancias de bajo peso molecular.

5B0116: industria química, expuesta a sustancias de alto peso molecular.

M.- Actividades relacionadas con la construcción.

5A0116: fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado líquido.

5A0118: trabajos de aislamiento y revestimiento.

5B0130: construcción.

N.- Actividades relacionadas con la fotografía.

5A0108: fijado y revelado de fotografía.

5A0121: trabajos en fotocopiadoras.

Ñ.- Actividades relacionadas con la limpieza.

5A0129: personal de limpieza, que estén expuestos a sustancias de bajo peso molecular.

5B0128: personal de limpieza, que estén expuestos a sustancias de alto peso molecular.

O.- Actividades relacionadas con la industria cosmética.

5A0104: industria cosmética.

5A0105: trabajos de peluquería.

P.- Actividades relacionadas con la industria electrónica y aeronáutica.

5A0110: industria electrónica.

5A0105: industria aeronáutica.

Q.- Actividades relacionadas con la fabricación de espumas de poliuretano.

5A0116: fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado líquido.

R.- Actividades relacionadas con la joyería.

5A0127: trabajos de joyería.

S.- Actividades relacionadas con la industria del caucho.

5A0113: industria del caucho.

T.- Actividades relacionadas con personal de orden público y centros penitenciarios.

5D0107: personal del orden público.

5D0108: trabajadores de centros penitenciarios.

U.- Actividades relacionadas con sustancias fotosensibilizantes.

5C0101: toda industria o trabajo en los que se entre en contacto con sustancias fotosensibilizantes y que conlleve una dosis de exposición lumínica.

V.- Actividades relacionadas con la industria de fibras vegetales para tejer.

5B0129: trabajos en los que se manipula cáñamo, bagazo de caña de azúcar, yute, lino, esparto, sisal.

7.6.6. Actividades que desarrollan las enfermedades del grupo 6 del RD 1299/2006. Enfermedades profesionales causadas por agentes cancerígenos.

En este grupo se realiza la descripción de la enfermedad profesional, el agente o sustancia que la genera y la actividad que puede causar, se enuncian de manera generalizada industrias y trabajos y en muchos apartados establece actividades ejemplarizantes.

A.- Actividades relacionadas con la industria metalúrgica.

6A0604: tratamiento preparatorio de fibras de amianto (cardado, hilado, tramado, etc.), que provoquen cáncer de laringe.

6C0102: decapado de metales y limpieza de metales, empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0103: revestimiento electrolítico de metales, empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0108: aleación del arsénico con otros metales, empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen neoplasia de bronquio y pulmón.

6C0109: refinado de Cu, Pb, Zn, Co (presente como impureza), empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0118: fabricación de acero al silicio, empleo del arsénico y sus compuestos, empleo del arsénico y sus compuestos que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0119: desincrustado de calderas, empleo del arsénico y sus compuestos que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0202: decapado de metales y limpieza de metales, empleo del arsénico y sus compuestos que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6C0203: revestimiento electrolítico de metales, empleo del arsénico y sus compuestos que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6C0208: aleación del arsénico con otros metales, empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6C0209: refinado de Cu, Pb, Zn, Co (presente como impureza), empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6C0218: fabricación de acero al silicio, empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6C0219: desincrustado de calderas, empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6C0302: decapado de metales y limpieza de metales, empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen enfermedad de Bowen.

6C0303: revestimiento electrolítico de metales, empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen enfermedad de Bowen .

6C0308: aleación del arsénico con otros metales, empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen enfermedad de Bowen .

6C0309: refinado de Cu, Pb, Zn, Co (presente como impureza), empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen enfermedad de Bowen .

6C0318: fabricación de acero al silicio, empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen enfermedad de Bowen .

6C0319: desincrustado de calderas, empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen enfermedad de Bowen.

6C0402: decapado de metales y limpieza de metales, empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen angiosarcoma del hígado.

6C0403: revestimiento electrolítico de metales, que provoquen angiosarcoma del hígado.

6C0408: aleación del arsénico con otros metales, empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen angiosarcoma del hígado.

6C0409: refinado de Cu, Pb, Zn, Co (presente como impureza), empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen angiosarcoma del hígado.

6C0418: fabricación de acero al silicio, empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen angiosarcoma del hígado.

6C4019: desincrustado de calderas, empleo del arsénico y sus compuestos, que provoquen angiosarcoma del hígado.

6G0101: preparación del cadmio por procesado del cinc, cobre o plomo, que provoque neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6G0102: fabricación de acumuladores de níquel-cadmio, que provoquen neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6G0105: cadmiado electrolítico, que provoque neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6G0106: soldadura y oxicorte de piezas con cadmio, que provoquen neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6G0107: procesado de residuos que contengan cadmio, que provoquen neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6G0110: fabricación de varillas de soldadura, expuestos al cadmio, que provoquen neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6I0108: galvanoplastia y tratamiento de superficies de metales con cromo, por empleo de compuestos del cromo, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0109: decapado y limpieza de metales con cromo, por empleo de compuestos del cromo, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0110: fabricación de cromatos alcalinos, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0115: procesado de residuos que contengan cromo, por empleo de compuestos del cromo, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0208: galvanoplastia y tratamiento de superficies de metales con cromo, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6I0209: decapado y limpieza de metales con cromo, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6I0210: fabricación de cromatos alcalinos, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6I0215: procesado de residuos que contengan cromo, neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6J0103: operaciones de laminado en metalúrgica, expuestos a hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón y la hulla, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0106: trabajos en hornos de carbón o coque, expuestos a hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón y la hulla, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0108: producción de aluminio, expuestos a hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón y la hulla, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0120: trabajos en unidades de combustión (calderas), expuesto a hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón y la hulla, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6J0124: producción de carburo de silíceo, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0203: operaciones de laminado en metalúrgica, expuestos a hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón y la hulla, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6J0206: trabajos en hornos de carbón o coque, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6J0208: producción de aluminio, expuesto a hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón y la hulla, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6J0220: trabajos en unidades de combustión (calderas), expuesto a hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón y la hulla, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6J0224: producción de carburo de silíceo, que provoque carcinoma de células escamosas.

6K0101: fundición y refinado de níquel, que provoque neoplasia maligna de cavidad nasal.

6K0102: producción de níquel por el proceso Mond, que provoque neoplasia maligna de cavidad nasal.

6K0103: niquelado electrolítico de los metales, que provoque neoplasia maligna de cavidad nasal.

6K0105: fabricación de aleaciones con níquel (cobre, zinc, cromo, hierro, molibdeno), que provoque neoplasia maligna de cavidad nasal.

6K0106: fabricación de aceros especiales de níquel, fabricación de acumuladores al níquel-cadmio, que provoque neoplasia maligna de cavidad nasal, neoplasia maligna de cavidad nasal.

6K0109: trabajos en horno de fundición de hierro, expuestos al níquel, que provoque

6K0110: desbardado y limpieza de piezas de fundición, expuestos al níquel, que provoque neoplasia maligna de cavidad nasal.

6K0113: procesado de residuos que contengan níquel, que provoque neoplasia maligna de cavidad nasal.

6K0201: fundición y refinado de níquel, que provoque cáncer primitivo de etmoides y de los senos de la cara.

6K0202: producción de níquel por el proceso Mond, que provoque cáncer primitivo de etmoides y de los senos de la cara.

6K0203: niquelado electrolítico de los metales, que provoque cáncer primitivo de etmoides y de los senos de la cara.

6K0205: fabricación de aleaciones con níquel (cobre, zinc, cromo, hierro, molibdeno), que provoque cáncer primitivo de etmoides y de los senos de la cara.

6K0206: fabricación de aceros especiales de níquel, fabricación de acumuladores al níquel-cadmio, que provoque cáncer primitivo de etmoides y de los senos de la cara.

6K0209: trabajos en horno de fundición de hierro, expuestos al níquel, que provoque cáncer primitivo de etmoides y de los senos de la cara.

6K0210: desbardado y limpieza de piezas de fundición, expuestos al níquel, que provoque cáncer primitivo de etmoides y de los senos de la cara.

6K0213: procesado de residuos que contengan níquel, que provoque cáncer primitivo de etmoides y de los senos de la cara.

6K0301: fundición y refinado de níquel, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6K0302: producción de níquel por el proceso Mond, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6K0303: niquelado electrolítico de los metales, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6K0305: fabricación de aleaciones con níquel (cobre, zinc, cromo, hierro, molibdeno), que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6K0306: fabricación de aceros especiales de níquel, fabricación de acumuladores al níquel-cadmio, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6K0209: trabajos en horno de fundición de hierro, expuestos al níquel, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6K0310: desbardado y limpieza de piezas de fundición, expuestos al níquel, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6K0313: procesado de residuos que contengan níquel, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6Q0103: obtención de metales preciosos (oro y plata) por cianuración.

6Q0105: empleo de cianuro en las operaciones de galvanoplastia (niquelado, cadmiado, cobrizado, etc.)

6Q0106: tratamiento térmico de piezas metálicas.

6Q0111: fabricación de limpia metales.

6Q0113: emisiones gaseosas en los altos hornos, hornos de coque.

A-1.- Actividades relacionadas con la industria de acero inoxidable.

6I0112: fabricación de acero inoxidable, expuesto a cromo IV, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0113: trabajos que impliquen soldadura y oxicorte de aceros inoxidables expuesto a cromo IV, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0212: fabricación de acero inoxidable, expuesto a cromo IV, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6I0213: trabajos que impliquen soldadura y oxicorte de aceros inoxidables expuesto a cromo IV, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6K0101: fabricación de acero inoxidable, expuesto a níquel y sus compuestos, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6K0108: trabajos que impliquen soldadura y oxicorte de acero inoxidable, expuestos a níquel y sus compuestos, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6K0109: trabajos en horno de fundición de acero inoxidable, expuestos a níquel y sus compuestos, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6K0201: fabricación de acero inoxidable, expuesto a níquel y sus compuestos, cáncer primitivo del etmoides y de los senos de la cara.

6K0208: trabajos que impliquen soldadura y oxicorte de acero inoxidable, expuestos a níquel y sus compuestos, que provoquen cáncer primitivo del etmoides y de los senos de la cara.

6K0209: trabajos en horno de fundición de acero inoxidable, expuestos a níquel y sus compuestos, que provoquen cáncer primitivo del etmoides y de los senos de la cara.

6K0109: trabajos en horno de fundición de acero inoxidable, expuestos a níquel y sus compuestos, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6K0301: fabricación de acero inoxidable, expuesto a níquel y sus compuestos, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6K0308: trabajos que impliquen soldadura y oxicorte de acero inoxidable, expuestos a níquel y sus compuestos, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6K0309: trabajos en horno de fundición de acero inoxidable, expuestos a níquel y sus compuestos, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6R0105: fabricación y manutención de abrasivos, expuestos a polvo de sílice, que provoquen cáncer de pulmón.

6R0106: trabajos de desmoldeo, desbardado y desarenado de las fundiciones, expuestos a polvo de sílice libre, que provoquen cáncer de pulmón.

6R0107: trabajos con muelas (pulido, afinado) que contengan sílice libre, que provoquen cáncer de pulmón.

6R0108: trabajos en chorro de arena y esmeril, expuestos a polvo de sílice libre, que provoquen cáncer de pulmón.

6R0110: industria siderometalúrgica, expuesta a polvo de sílice libre, que provoquen cáncer de pulmón.

6R0112: fabricación de abrasivos, expuestos a polvo de sílice libre, que provoquen cáncer de pulmón.

B.- Actividades relacionadas con la industria automovilística.

6A0105: aplicación de amianto a pistola en fondos de automovilismo, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0107: fabricación de guarniciones para frenos y embragues de filtros y cartón de amianto, de juntas de amianto y caucho, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0110: trabajos de reparación de vehículos automóviles, expuesto a amianto, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0205: aplicación de amianto a pistola en fondos de automovilismo, que provoquen, que provoquen mesotelioma.

6A0207: fabricación de guarniciones para frenos y embragues de filtros y cartón de amianto, de juntas de amianto y caucho, que provoquen mesotelioma.

6A0210: trabajos de reparación de vehículos automóviles, expuesto a amianto, que provoquen mesotelioma.

6A0305: aplicación de amianto a pistola en fondos de automovilismo, que provoquen, que provoquen mesotelioma de pleura.

6A0307: fabricación de guarniciones para frenos y embragues de filtros y cartón de amianto, de juntas de amianto y caucho, que provoquen mesotelioma de pleura.

6A0310: trabajos de reparación de vehículos automóviles, expuesto a amianto, que provoquen mesotelioma de pleura.

6A0405: aplicación de amianto a pistola en fondos de automovilismo, que provoquen, que provoquen mesotelioma de peritoneo.

6A0407: fabricación de guarniciones para frenos y embragues de filtros y cartón de amianto, de juntas de amianto y caucho, que provoquen mesotelioma de peritoneo.

6A0410: trabajos de reparación de vehículos automóviles, expuesto a amianto, que provoquen mesotelioma de peritoneo.

6A0505: aplicación de amianto a pistola en fondos de automovilismo, que provoquen, mesotelioma de otras localizaciones.

6A0507: fabricación de guarniciones para frenos y embragues de filtros y cartón de amianto, de juntas de amianto y caucho, que provoquen mesotelioma de otras localizaciones.

6A0510: trabajos de reparación de vehículos automóviles, expuesto a amianto, que provoquen mesotelioma de otras localizaciones.

6A0605: aplicación de amianto a pistola en fondos de automovilismo, que provoquen, cáncer de laringe.

6A0607: fabricación de guarniciones para frenos y embragues de filtros y cartón de amianto, de juntas de amianto y caucho, que provoquen cáncer de laringe.

6A0610: trabajos de reparación de vehículos automóviles, expuesto a amianto, que provoquen cáncer de laringe.

6J0115: tratamiento antioxido de vehículos, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0116: conductores de vehículos automóviles, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0117: montadores de motores, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0118: mecánicos (trabajos de reparación de vehículos), que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0119: trabajadores de aparcamientos, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0125: fabricación de neumáticos, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0215: tratamiento antioxido de vehículos, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0216: conductores de vehículos automóviles, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0217: montadores de motores, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0218: mecánicos (trabajos de reparación de vehículos), que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0219: trabajadores de aparcamientos, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0225: fabricación de neumáticos, que provoquen lesiones premalignas de piel.

B-1.- Actividades relacionadas con la industria del caucho.

6A0107: fabricación de de guarniciones para frenos y embragues de juntas de amianto y caucho, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0207: fabricación de de guarniciones para frenos y embragues de juntas de amianto y caucho, que provoquen mesotelioma.

6A0307: fabricación de de guarniciones para frenos y embragues de juntas de amianto y caucho, que provoquen mesotelioma de pleura.

6A0407: fabricación de de guarniciones para frenos y embragues de juntas de amianto y caucho, que provoquen mesotelioma de peritoneo.

6A0507: fabricación de de guarniciones para frenos y embragues de juntas de amianto y caucho, que provoquen mesotelioma de otras localizaciones.

6A0607: fabricación de de guarniciones para frenos y embragues de juntas de amianto y caucho, que provoquen cáncer de laringe.

6B0101: trabajadores del caucho.

6C0120: industria del caucho, expuesta al arsénico, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0220: industria del caucho, expuesta al arsénico, que provoque carcinoma epidermoide de la piel.

6C0320: industria del caucho, expuesta al arsénico, que provoque enfermedad de Bowen.

6C0420: industria del caucho, expuesta al arsénico, que provoque angiosarcoma del hígado.

6F0103: tratamiento del caucho, expuesto a Bis (cloro-metil) éter, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6G0103: fabricación de pigmentos cadmiemos para cauchoucho, expuesto al cadmio, que provoque neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6J0125: fabricación de neumáticos, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0225: fabricación de neumáticos, que provoquen carcinoma de células escamosas.

C.- Actividades relacionadas con la construcción.

6A0101: industrias en las que se utilice amianto, por ejemplo trabajos de construcción, de aislamiento, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0105: aplicación de amianto a pistola en chimeneas, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0106: trabajos de aislamiento térmico, se utilice amianto, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0108: desmontaje y demolición que contengan amianto, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0111: aserradero de fibrocemento, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0112: trabajos que impliquen la eliminación de materiales con amianto, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0201: industrias que las se utilice amianto, en trabajos de construcción de aislamiento, que provoque mesotelioma.

6A0205: aplicación de amianto a pistola en chimeneas, que provoque mesotelioma.

6A0206: trabajos de aislamiento térmico, expuestos a polvos de amianto, que provoque mesotelioma.

6A0208: desmontaje y demolición que contengan amianto, que provoque mesotelioma.

6A0211: aserradero de fibrocemento, expuestos a polvos de amianto, que provoque mesotelioma.

6A0212: trabajos que impliquen la eliminación de materiales con amianto, que provoque mesotelioma.

6A0301: industrias que las se utilice amianto, por ejemplo en trabajos de construcción de aislamiento, que provoque mesotelioma de pleura.

6A0305: aplicación de amianto a pistola en chimeneas, que provoque mesotelioma de pleura.

6A0306: trabajos de aislamiento térmico, expuestos a polvos de amianto, que provoque mesotelioma de pleura.

6A0308: desmontaje y demolición que contengan amianto, que provoque mesotelioma de pleura.

6A0311: aserradero de fibrocemento, expuestos a polvos de amianto, que provoque mesotelioma de pleura.

6A0312: trabajos que impliquen la eliminación de materiales con amianto, que provoque mesotelioma de pleura.

6A0401: industrias que las se utilice amianto, por ejemplo en trabajos de construcción, de aislamiento, que provoque mesotelioma de peritoneo.

6A0405: aplicación de amianto a pistola en chimeneas, que provoque mesotelioma de peritoneo.

6A0406: trabajos de aislamiento térmico, expuestos a polvos de amianto, que provoque mesotelioma de peritoneo.

6A0408: desmontaje y demolición que contengan amianto, que provoque mesotelioma de peritoneo.

6A0411: aserradero de fibrocemento, expuestos a polvos de amianto, que provoque mesotelioma de peritoneo.

6A0412: trabajos que impliquen la eliminación de materiales con amianto, que provoque mesotelioma de peritoneo.

6A0501: industrias que las se utilice amianto, por ejemplo en trabajos de construcción, de aislamiento, que provoque mesotelioma de otras localizaciones.

6A0505: aplicación de amianto a pistola en chimeneas, que provoque mesotelioma de otras localizaciones.

6A0506: trabajos de aislamiento térmico, expuestos a polvos de amianto, que provoque mesotelioma de otras localizaciones.

6A0508: desmontaje y demolición que contengan amianto, que provoque mesotelioma de otras localizaciones.

6A0511: aserradero de fibrocemento, expuestos a polvos de amianto, que provoque mesotelioma de otras localizaciones.

6A0512: trabajos que impliquen la eliminación de materiales con amianto, que provoque mesotelioma de otras localizaciones.

6A0601: industrias que las se utilice amianto, por ejemplo en trabajos de construcción, de aislamiento, que provoque cáncer de laringe.

6A0605: aplicación de amianto a pistola en chimeneas, que provoque cáncer de laringe.

6A0606: trabajos de aislamiento térmico, expuestos a polvos de amianto, que provoque cáncer de laringe.

6A0608: desmontaje y demolición que contengan amianto, que provoque cáncer de laringe.

6A0611: aserradero de fibrocemento, expuesto a polvos de amianto, que provoque cáncer de laringe.

6A0612: trabajos que impliquen la eliminación de materiales con amianto, que provoque cáncer de laringe.

6I0214: fabricación de cemento y sus derivados.

6J0101: aislamiento, pavimentación de carreteras, deshollinador de chimeneas, que provoquen lesiones premalignas de la piel.

6J0105: fabricación de tela asfáltica, que provoquen lesiones premalignas de la piel.

6J0110: producción, transporte y almacenamiento de productos de asfalto, que provoquen lesiones premalignas de la piel.

6J0112: trabajos de pavimentación, que provoquen lesiones premalignas de la piel.

6J0113: trabajos de eliminación de suelos asfálticos, que provoquen lesiones premalignas de la piel.

6J0123: fabricación de ladrillos, que provoquen lesiones premalignas de la piel.

6J0201: aislamiento, pavimentación de carreteras, deshollinador de chimeneas, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6J0205: fabricación de tela asfáltica, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6J0210: producción, transporte y almacenamiento de productos de asfalto, carcinoma de células escamosas.

6J0212: trabajos de pavimentación, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6J0213: trabajos de eliminación de suelos asfálticos, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6J0123: fabricación de ladrillos, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6R0101: trabajos de obras públicas, que provoquen cáncer de pulmón.

D.- Actividades relacionadas con la industria de la pintura, los colorantes y los tintes.

6B0102: trabajos en los que se emplee tintes, alfa-naftilamina y beta-naftilamina, bendicina, colorantes con base de bendicina, aminodifenilo, nitrodifenilo, auramina, magenta y sus sales.

6C0106: fabricación y empleo de colorantes y pinturas que contengan compuestos arsenicales, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0107: industria de colorantes arsenicales, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0206: fabricación y empleo de colorantes y pinturas que contengan compuestos arsenicales, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6C0207: industria de colorantes arsenicales, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6C0306: fabricación y empleo de colorantes y pinturas que contengan compuestos arsenicales, que provoquen enfermedad de Bowen.

6C0307: industria de colorantes arsenicales, que provoquen enfermedad de Bowen.

6C0406: fabricación y empleo de colorantes y pinturas que contengan compuestos arsenicales, que provoquen angiosarcoma de hígado.

6C0407: industria de colorantes arsenicales, que provoquen angiosarcoma de hígado.

6D0101: ocupaciones con exposición a benceno, por ejemplo el uso de disolventes que contienen benceno, que provoquen síndromes linfoma y mieloproliferativos.

6D0102: empleo del benceno para la preparación de sus derivados, que provoquen síndromes linfoma y mieloproliferativos.

6D0103: empleo de benceno como decapante, como diluyente, como disolvente, que provoquen síndromes linfoma y mieloproliferativos.

6G0103: fabricación de pigmentos cadmíferos para pinturas, esmaltes, materias plásticas.

6G0113: aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan cadmio.

6G0114: barnizado y esmaltado de cerámica.

6I0102: fabricación y empleo de pigmentos, colorantes y pinturas a base de compuestos de cromo, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0104: aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan cromo, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0106: preparación de clichés de fotograbado por coloides bicromados, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0110: fabricación de cromatos alcalinos, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0111: litograbados, expuestos a cromo VI y compuestos, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0202: fabricación y empleo de pigmentos, colorantes y pinturas a base de compuestos de cromo, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6I0204: aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan cromo, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6I0206: preparación de clichés de fotograbado por coloides bicromados, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6I0210: fabricación de cromatos alcalinos, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6I0111: litograbados, expuestos a cromo VI y compuestos, que provoquen neoplasia maligna bronquio y pulmón.

6J0101: fabricación de pigmentos, expuestos a hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón, de la hulla, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0114: aplicación de pinturas con base de alquitrán, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0201: fabricación de pigmentos, expuestos a hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón, de la hulla, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6J0214: aplicación de pinturas con base de alquitrán, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6K0112: aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan níquel, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6K0212: aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan níquel, que provoquen cáncer primitivo del etmoides y de los senos de la cara.

6K0312: aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan níquel, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6N0105: fabricación y aplicación de productos luminosos con sustancias radiactivas en pinturas de esferas de relojería, que provoquen síndromes linfo y mieloproliferativos.

6N0205: fabricación y aplicación de productos luminosos con sustancias radiactivas en pinturas de esferas de relojería, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6O0101: fabricación y utilización de aminas e hidracinas aromáticas y sus derivados halógenos, fenólicos, nitrosados, nitrados y sulfonados, como productos intermediarios en la industria de colorantes sintéticos. y en numerosas síntesis orgánicas.

6O0104: utilización de aminas e hidracinas aromáticas y sus derivados halógenos, fenólicos, nitrosados, nitrados y sulfonados, como colorantes en la industria del cuero, de pieles de calzado, de productos capilares, en papelería y en productos de peluquería.

6P0101: utilización de nitrobenceno como disolvente.

6P0102: producción de colorantes, pigmentos, tintes con nitrobenceno.

6Q0104: producción de acrilatados, sales de amonio, cianógeno y otras sustancias químicas de síntesis.

6Q0112: fabricación de colorantes, pigmentos plásticos y fibras sintéticas con ácido cianhídrico, cianuros, compuestos de cianógeno y acrilonitrilos.

6R0114: fabricación de pinturas, expuestas polvo de sílice.

E.- Actividades relacionadas con minerales y rocas.

6A0101: industrias en las que se utilice amianto por ejemplo minas de rocas amiantíferas, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0102: trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales y rocas amiantíferas, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0201: industrias en las que se utilice amianto por ejemplo minas de rocas amiantíferas, que provoquen mesotelioma.

6A0202: trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales y rocas amiantíferas, que provoquen mesotelioma.

6A0301: industrias en las que se utilice amianto por ejemplo minas de rocas amiantíferas, que provoquen mesotelioma de pleura.

6A0302: trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales y rocas amiantíferas, que provoquen mesotelioma de pleura.

6A0401: industrias en las que se utilice amianto por ejemplo minas de rocas amiantíferas, que provoquen mesotelioma de peritoneo.

6A0402: trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales y rocas amiantíferas, que provoquen mesotelioma de peritoneo.

6A0501: industrias en las que se utilice amianto por ejemplo minas de rocas amiantíferas, que provoquen mesotelioma de otras localizaciones.

6A0502: trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales y rocas amiantíferas, que provoquen mesotelioma de otras localizaciones.

6A0601: industrias en las que se utilice amianto por ejemplo minas de rocas amiantíferas, que provoquen cáncer de laringe.

6A0602: trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales y rocas amiantíferas, que provoquen cáncer de laringe.

6C0101: minería del arsénico, fundición de cobre, producción de cobre, expuestos al arsénico y sus compuestos, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0104: calcinación, fundición y refinado de minerales arsenicales, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0201: minería del arsénico, fundición de cobre, producción de cobre, expuestos al arsénico y sus compuestos, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6C0204: calcinación, fundición y refinado de minerales arsenicales, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6C0301: minería del arsénico, fundición de cobre, producción de cobre, expuestos al arsénico y sus compuestos, que provoquen enfermedad de Bowen.

6C0304: calcinación, fundición y refinado de minerales arsenicales, que provoquen enfermedad de Bowen.

6C0401: minería del arsénico, fundición de cobre, producción de cobre, expuestos al arsénico y sus compuestos, que provoquen angiosarcoma del hígado.

6C0404: calcinación, fundición y refinado de minerales arsenicales, que provoquen angiosarcoma del hígado.

6E0102: extracción de berilio de los minerales.

6M0101: minería subterránea, procesos con productos de la cadena radiactiva de origen natural del Uranio-238 precursores del Radon-222.

6N0101: trabajos de extracción y tratamiento de minerales radiactivos, que provoquen síndromes linfoproliferativos y mieloproliferativos.

6N0201: trabajos de extracción y tratamiento de minerales radiactivos, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6R0101: trabajos en minas, canteras expuestos a polvos de sílice que provoquen cáncer de pulmón.

6R0102: tallado y pulido de rocas silíceas, trabajos de canteras, que provoquen cáncer de pulmón.

6R0103: trabajos en seco, de trituración, tamizado y manipulación de minerales y rocas, que provoquen cáncer de pulmón.

F.- Actividades relacionadas con la industria del vidrio, cerámica, porcelana.

6C0117: empleo de anhídrido arsénico en la fabricación del vidrio, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0121: fabricación de vidrio, con empleo y manipulación de arsénico y sus compuestos: preparación y mezcla de la pasta, fusión y colado, manipulación de aditivos, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0217: empleo de anhídrido arsénico en la fabricación del vidrio, que provoque carcinoma epidermoide de piel.

6C0221: fabricación de vidrio, con empleo y manipulación de arsénico y sus compuestos: preparación y mezcla de la pasta, fusión y colado, manipulación de aditivos, que provoque carcinoma epidermoide de piel.

6C0317: empleo de anhídrido arsénico en la fabricación del vidrio, que provoque enfermedad de Bowen.

6C0321: fabricación de vidrio, con empleo y manipulación de arsénico y sus compuestos: preparación y mezcla de la pasta, fusión y colado, manipulación de aditivos, que provoquen enfermedad de Bowen.

6C0417: empleo de anhídrido arsénico en la fabricación del vidrio, que provoque angiosarcoma del hígado.

6C0421: fabricación de vidrio, con empleo y manipulación de arsénico y sus compuestos: preparación y mezcla de la pasta, fusión y colado, manipulación de aditivos, que provoque angiosarcoma del hígado.

6E0104: fabricación de cristales, cerámicas, porcelanas y productos altamente refractarios, con empleo y manipulación de berilio, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6G0112: fusión y colado de vidrio, con empleo de cadmio, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6I0109: decapado y limpieza de vidrio (ácido sulfocrómico o ácido crómico), que provoque neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0110: fabricación de cromatos alcalinos, que provoque neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0209: decapado y limpieza de vidrio (ácido sulfocrómico o ácido crómico), que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6I0210: fabricación de cromatos alcalinos, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6J0123: producción de ladrillos refractarios y cerámicos, expuestos a hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón, que provoque lesiones premalignas de la piel.

6J0223: producción de ladrillos refractarios y cerámicos, expuestos a hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón, que provoque carcinoma de células escamosas.

6K0111: industria de la cerámica y vidrio, expuestos a níquel y sus compuestos, que provoque neoplasia maligna de cavidad nasal.

6K0211: industria de la cerámica y vidrio, expuestos a níquel y sus compuestos, que provoque cáncer primitivo del etmoides y de los senos de la cara.

6K0311: industria de la cerámica y vidrio, expuestos a níquel y sus compuestos, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6R0104: fabricación de vidrio, porcelana, loza y otros productos cerámicos, fabricación y conservación de ladrillos refractarios a base de sílice, que provoque cáncer de pulmón.

6R0109: industria cerámica, expuesta a polvo de sílice, que provoque cáncer de pulmón.

6R0111: fabricación de refractarios, expuesta a polvo de sílice, que provoque cáncer de pulmón.

G.- Actividades relacionadas con la industria textil.

6A0103: fabricación de tejidos, expuesta a la inhalación de polvos de amianto, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0203: fabricación de tejidos, expuesta a la inhalación de polvos de amianto, que provoque mesotelioma.

6A0303: fabricación de tejidos, expuesta a la inhalación de polvos de amianto, que provoque mesotelioma de pleura.

6A0403: fabricación de tejidos, expuesta a la inhalación de polvos de amianto, que provoque mesotelioma de peritoneo.

6A0503: fabricación de tejidos, expuesta a la inhalación de polvos de amianto, que provoque mesotelioma de otras localizaciones.

6A0603: fabricación de tejidos, expuesta a la inhalación de polvos de amianto, que provoque cáncer de laringe.

6P0107: utilización de nitrobenceno en la industria textil, que provoque linfoma.

G-1.- Actividades relacionadas con la industria de pieles.

6C0110: tratamiento de cueros, a base de compuestos arsenicales, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0111: conservación de pieles, expuestas a manipulación de arsénico y sus compuestos, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0210: tratamiento de cueros, a base de compuestos arsenicales, que provoque carcinoma epidermoide de piel.

6C0211: conservación de pieles, expuestas a manipulación de arsénico y sus compuestos, que provoque carcinoma epidermoide de piel.

6C0310: tratamiento de cueros, a base de compuestos arsenicales, que provoque enfermedad de Bowen.

6C0311: conservación de pieles, expuestas a manipulación de arsénico y sus compuestos, que provoque enfermedad de Bowen.

6C0410: tratamiento de cueros, a base de compuestos arsenicales, que provoque angiosarcoma del hígado.

6C0411: conservación de pieles, expuestas a manipulación de arsénico y sus compuestos, que provoque angiosarcoma del hígado.

6I0101: fabricación de catalizadores, de productos químicos para la curtación que contengan compuestos de cromo, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasa.

6I0105: curtido al cromo de pieles, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasa.

6I0201: fabricación de catalizadores, de productos químicos para la curtación que contengan compuestos de cromo, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6I0205: curtido al cromo de pieles, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6O0104: utilización de aminas y hidracinas aromáticas y sus derivados como colorantes en la industria del cuero, que provoquen cáncer vesical.

H.- Actividades relacionadas con la industria de la madera.

6C0110: tratamiento de madera con agentes de conservación a base de compuestos arsenicales, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0210: tratamiento de madera con agentes de conservación a base de compuestos arsenicales, que provoque carcinoma epidermoide de piel.

6C0310: tratamiento de madera con agentes de conservación a base de compuestos arsenicales, que provoque enfermedad de Bowen.

6C0410: tratamiento de madera con agentes de conservación a base de compuestos arsenicales, que provoque angiosarcoma del hígado.

6I0101: productos de tratamiento de la madera que contengan compuestos de cromo, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0103: aserradero y mecanizado de madera tratada con compuestos de cromo, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0106: preparación de clichés de fotograbado por coloides bicromados, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0110: litograbados, expuesto a cromo VI y sus compuestos, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0201: productos de tratamiento de la madera que contengan compuestos de cromo, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6I0203: aserradero y mecanizado de madera tratada con compuestos de cromo, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6I0206: preparación de clichés de fotograbado por coloides bicromados, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6I0210: litograbados, expuesto a cromo VI y sus compuestos, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón

6L0101: fabricación de muebles, en trabajos con madera dura reconocidos como cancerígenos, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6L0102: trabajos de tala de árboles, expuestos a madera dura reconocidos como cancerígenos, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6L0103: trabajos en aserradores, expuestos a madera dura reconocidos como cancerígenos, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6L0104: triturado de la madera, expuestos a madera dura reconocidos como cancerígenos, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6L0105: modelistas de madera, expuestos a madera dura reconocidos como cancerígenos, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6L0106: prensado de madera, expuesto a madera dura reconocido como cancerígeno, que provoque neoplasia maligna de cavidad nasal.

6L0107: mecanizado y montaje de piezas de madera, expuesto a madera dura reconocido como cancerígeno, que provoque neoplasia maligna de cavidad nasal.

6L0108: trabajos de acabado de productos de madera, contrachapado y aglomerado, expuestos a madera dura reconocidos como cancerígenos, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6L0109: lijado de parquet, tarima, etc., expuestos a madera dura reconocidos como cancerígenos, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

I.- Actividades relacionadas con la industria pirotécnica, con municiones y explosivos.

6C0113: preparación, empleo, manipulación del arsénico y sus compuestos, en la pirotecnia, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0114: preparación, empleo, manipulación del arsénico y sus compuestos, en la fabricación de municiones, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0213: preparación, empleo, manipulación del arsénico y sus compuestos, en la pirotecnia, que provoque carcinoma epidermoide de piel.

6C0214: preparación, empleo, manipulación del arsénico y sus compuestos, en la fabricación de municiones, que provoque carcinoma epidermoide de piel.

6C0313: preparación, empleo, manipulación del arsénico y sus compuestos, en la pirotecnia, que provoque enfermedad de Bowen.

6C0314: preparación, empleo, manipulación del arsénico y sus compuestos, en la fabricación de municiones, que provoque enfermedad de Bowen.

6C0413: preparación, empleo, manipulación del arsénico y sus compuestos, en la pirotecnia, que provoque angiosarcoma del hígado.

6C0414: preparación, empleo, manipulación del arsénico y sus compuestos, en la fabricación de municiones, que provoque angiosarcoma del hígado.

6G0103: preparación y empleo del benceno en la fabricación de pirotecnia, que provoque neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6O0103: el uso de aminas e hidracinas aromáticas y sus derivados en la fabricación de ciertos explosivos, que provoque cáncer vesical.

6P0103: el uso de nitrobenzeno, aminas e hidracinas aromáticas y sus derivados en la fabricación de ciertos explosivos, que provoque linfoma.

J.- Actividades relacionadas con la industria de la imprenta, el papel y el cartón.

6A0103: fabricación de papel y cartón de amianto, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0203: fabricación de papel y cartón de amianto, que provoque mesotelioma.

6A0303: fabricación de papel y cartón de amianto, que provoque mesotelioma de pleura.

6A0403: fabricación de papel y cartón de amianto, que provoque mesotelioma de peritoneo.

6A0503: fabricación de papel y cartón de amianto, que provoque mesotelioma de otras localizaciones.

6A0603: fabricación de papel y cartón de amianto, que provoque cáncer de laringe.

6G0103: fabricación de pigmentos cadmíferos para papel, que provoque neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6I0106: preparación de clichés de fotograbado por coloide bicromados, que provoque neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0111: empleo, manipulación de compuestos de cromo, especialmente los cromatos, dicromatos alcalinos y ácido crómico en litograbados que provoque neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0206: preparación de clichés de fotograbado por coloide bicromados, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6I0211: empleo, manipulación de compuestos de cromo, especialmente los cromatos, dicromatos alcalinos y ácido crómico en litograbados que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6J0102: preparación de aditivos para papel autocopiativo, expuestos a hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón, que provoquen lesiones premalignas de la piel.

6J0126: trabajos de impresión de artes gráficas, expuestos a hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón, que provoquen lesiones premalignas de la piel.

6J0202: preparación de aditivos para papel autocopiativo, expuestos a hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6J0226: trabajos de impresión de artes gráficas, expuestos a hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6L0104: triturado de la madera en la industria del papel, expuesto a polvo de madera dura, que provoque neoplasia maligna de cavidad nasal.

6O0104: utilización de aminas e hidracinas aromáticas y sus derivados halógenos, fenólicos, nitrosados, nitrados y sulfonados como colorantes en papelería, que provoquen cáncer vesical.

6P0107: utilización de nitrobenceno en la industria del papel, que provoquen linfoma.

6R0113: utilización de polvo de sílice en la industria del papel, que provoque cáncer de laringe.

K.- Actividades relacionadas con la industria de aparatos de Rayos X, radioterapia.

6N0102: fabricación de aparatos de rayos X y de radioterapias, expuestos a radiación ionizante, que provoquen síndromes linfoma y mieloproliferativos.

6N0106: trabajos industriales, medidas de espesor y de desgaste, que se utilicen rayos X y materiales radioactivos expuestos a radiación ionizante, que provoquen síndromes linfoma y mieloproliferativos.

6N0107: trabajos en las consultas de radiodiagnóstico, de radio y radioterapia y de aplicación de isotopos radioactivos, en consultas, clínicas, sanatorios, residenciales y hospitales, expuestos a radiación ionizante, que provoquen síndromes linfó y mieloproliferativos.

6N0108: conservación de alimentos por radiaciones ionizantes, que provoquen síndromes linfó y mieloproliferativos.

6N0110: instalaciones de producción y tratamiento de radiotelementos o isotopos radioactivos, expuestos a radiación ionizante, que provoquen síndromes linfó y mieloproliferativos.

6N0113: transporte de materias radiactivas, expuestos a radiación ionizante, que provoquen síndromes linfó y mieloproliferativos.

6N0114: aceleradores de partículas, fuentes de gammagrafía, bombas de cobalto, etc., expuestos a radiación ionizante, que provoquen síndromes linfó y mieloproliferativos.

6N0202: fabricación de aparatos de rayos X y de radioterapias, expuestos a radiación ionizante, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6N0206: trabajos industriales, medidas de espesor y de desgaste, que se utilicen rayos X y materiales radioactivos expuestos a radiación ionizante, que provoquen carcinoma epidermoide de piel .

6N0207: trabajos en las consultas de radiodiagnóstico, de radio y radioterapia y de aplicación de isotopos radioactivos, en consultas, clínicas, sanatorios, residenciales y hospitales, expuestos a radiación ionizante, que provoquen carcinoma epidermoide de piel .

6N0208: conservación de alimentos por radiaciones ionizantes, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6N0210: instalaciones de producción y tratamiento de radiotelementos o isotopos radioactivos, expuestos a radiación ionizante, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6N0213: transporte de materias radiactivas, expuestos a radiación ionizante, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6N0214: aceleradores de partículas, fuentes de gammagrafía, bombas de cobalto, etc., expuestos a radiación ionizante, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

L.- Actividades relacionadas con pesticidas, insecticidas.

6C0105: producción y uso de pesticidas arsenicales, herbicidas e insecticidas, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0205: producción y uso de pesticidas arsenicales, herbicidas e insecticidas, que provoque carcinoma epidermoide de piel.

6C0305: producción y uso de pesticidas arsenicales, herbicidas e insecticidas, que provoque enfermedad de Bowen

6C0405: producción y uso de pesticidas arsenicales, herbicidas e insecticidas, que provoque angiosarcoma del hígado.

6G0115: tratamiento de residuos peligrosos en actividades de saneamiento público, expuestos al cadmio, que provoquen neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6G0116: fabricación de pesticidas, expuestos al cadmio, que provoquen neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6P0106: utilización del nitrobenzeno como pesticida, que provoque linfoma.

6Q0102: utilización del ácido cianhídrico gaseoso en la lucha contra los insectos parásitos en agricultura y contra los roedores.

6Q0108: utilización de acrilonitrilo como pesticida.

6Q0109: fabricación y manipulación de cianamida cálcica y su utilización como abono.

LI.- Actividades relacionadas con la industria farmacéutica.

6C0115: preparación, empleo y manipulación del arsénico y sus compuestos en la industria farmacéutica, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0215: preparación, empleo y manipulación del arsénico y sus compuestos en la industria farmacéutica, que provoque carcinoma epidermoide de piel.

6C0315: preparación, empleo y manipulación del arsénico y sus compuestos en la industria farmacéutica, que provoque enfermedad de Bowen.

6C0415: preparación, empleo y manipulación del arsénico y sus compuestos en la industria farmacéutica, que provoque angiosarcoma del hígado.

6N0103: fabricación de productos farmacéuticos radioactivos, que provoquen síndromes linfoma y mieloproliferativos.

6N0203: fabricación de productos farmacéuticos radioactivos, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6O0101: fabricación de aminas e hidracinas aromáticas y sus derivados halógenos, fenólicos, nitrosados, nitrados y sulfonados en la industria farmacéutica, que provoquen cáncer vesical.

6P0104: utilización de nitrobenceno en la industria farmacéutica, que provoque linfoma.

LI-1.- Actividades relacionadas con la industria química.

6N0103: fabricación de productos químicos radioactivos, que provoquen síndromes linfoma y mieloproliferativos.

6N0203: fabricación de productos químicos radioactivos, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6O0101: fabricación de aminas e hidracinas aromáticas y sus derivados halógenos, fenólicos, nitrosados, nitrados y sulfonados en la industria química, que provoquen cáncer vesical.

6P0107: utilización de nitrobenzeno en la industria química, que provoque linfoma.

M.- Actividades relacionadas con la industria eléctrica y energía.

6A0109: limpieza mantenimiento y reparación de acumuladores de calor que tengan componentes de amianto, que provoque cáncer de laringe.

6G0104: fabricación de lámparas fluorescentes, que empleen cadmio, que provoquen neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6G0105: empleo de cadmiado electrolítico, que provoquen neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6G0109: fabricación de células fotoeléctricas con cadmio, que provoquen neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6J0104: fabricación de cables eléctricos con hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0109: fabricación de electrodos con hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0122: mantenimiento de redes eléctricas subterráneas con hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0204: fabricación de cables eléctricos con hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6J0209: fabricación de electrodos con hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6J0222: mantenimiento de redes eléctricas subterráneas con hidrocarburos aromáticos policíclicos, productos de destilación del carbón, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6K0103: niquelado electrolítico de los metales, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6K0203: niquelado electrolítico de los metales, que provoquen cáncer primitivo del etmoides y de los senos de la cara.

6K0303: niquelado electrolítico de los metales, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

N.- Actividades relacionadas con residuos.

6G0107: procesado de residuos que contengan cadmio, que provoquen neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6G0115: tratamiento de residuos peligrosos, empleando cadmio, en actividades de saneamiento público, que provoquen neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6I0115: procesado de residuos que contengan cromo, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0215: procesado de residuos que contengan cromo, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6K0113: procesado de residuos que contengan níquel, que provoque neoplasia maligna de cavidad nasal.

6K0213: procesado de residuos que contengan níquel, que provoque cáncer primitivo de etmoides y de los senos de la cara.

6K0313: procesado de residuos que contengan níquel, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6N0112: instalaciones de tratamiento y almacenamiento de residuos radiactivos, que provoque síndromes linfoma y mieloproliferativos.

6N0212: instalaciones de tratamiento y almacenamiento de residuos radiactivos, que provoque carcinoma epidermoide de piel.

Ñ.- Actividades relacionadas con la industria del plástico.

6F0101: síntesis de plásticos, expuestos a bis (cloro-metil) éter, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6F0102: síntesis de resina de intercambio ionico, expuestos a bis (cloro-metil) éter, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6G0103: fabricación de materias plásticas empleando cadmio, que provoquen neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6H0101: producción y polimerización de cloruro de vinilo, que provoque neoplasia maligna de hígado y conductos biliares intrahepáticos.

6H0201: producción y polimerización de cloruro de vinilo, que provoque angiosarcoma de hígado.

6P0105: empleo de nitrobenzeno en la industria del plástico, que provoque linfoma.

6P0110: utilización de dinitrobenzeno en la producción de celuloide, que provoque linfoma.

6Q0107: el uso de ácido cianhídrico, cianuros, compuestos de cianógeno y acrilonitrilos en la fabricación de plexiglás.

6Q0110: producción de sustancias químicas de síntesis.

6Q0112: el uso de ácido cianhídrico, cianuros, compuestos de cianógeno y acrilonitrilos en la fabricación de plásticos.

6R0114: fabricación de plásticos, expuestos a polvos de sílice, que provoque cáncer de pulmón.

O.- Actividades relacionadas con la industria aeroespacial y nuclear.

6E0101: industria aeroespacial e industria nuclear que empleen berilio y sus compuestos, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6E0103: preparación de aleaciones y compuestos de berilio, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6E0105: fabricación con berilio de barras de control de reactores nucleares, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6G0105: fabricación con cadmio de barras de control de reactores nucleares, que provoquen neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6N0109: reactores de investigación y centrales nucleares, expuestas a radiaciones ionizantes, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6N0111: fábrica de enriquecimiento de combustibles nucleares expuestos a radiaciones ionizantes, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6N0209: reactores de investigación y centrales nucleares, expuestas a radiaciones ionizantes, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6N0211: fábrica de enriquecimiento de combustibles nucleares expuestos a radiaciones ionizantes, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

P.- Actividades relacionadas con trabajos en laboratorio.

6D0105: trabajos de laboratorio en los que se emplee benceno, que provoquen síndromes linfoma y mieloproliferativos.

6G0117: fabricación con cadmio de amalgamas dentales, que provoquen neoplasia maligna de bronquio, pulmón y próstata.

6J0107: procesos de fabricación en los que se utilice polvo de carbón, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0207: procesos de fabricación en los que se utilice polvo de carbón, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6N0104: empleo de sustancias radioactivas y rayos X en los laboratorios de investigación, que provoquen síndromes de linfoma y mieloproliferativos.

6N0204: empleo de sustancias radioactivas y rayos X en los laboratorios de investigación, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6P0108: utilización de nitrobenceno en laboratorios, que provoque linfoma.

6Q0114: uso de ácido cianhídrico, cianuros, compuestos de canógeno y acrilonitrilos en laboratorio.

Q.- Actividades relacionadas con la industria del gas y el petróleo.

6J0111: operaciones de destilación en la industria del petróleo, expuestos a hidrocarburos aromáticos policíclicos, que provoquen lesiones premalignas de la piel.

6J0120: trabajos en unidades de combustión (calderas), expuestos a hidrocarburos aromáticos policíclicos, que provoquen lesiones premalignas de la piel.

6J0121: producción de gas ciudad, expuesta a hidrocarburos aromáticos policíclicos, que provoquen lesiones premalignas de la piel.

6J0211: operaciones de destilación en la industria del petróleo, expuestos a hidrocarburos aromáticos policíclicos, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6J0220: trabajos en unidades de combustión (calderas), expuestos a hidrocarburos aromáticos policíclicos, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6J0221: producción de gas ciudad, expuesta a hidrocarburos aromáticos policíclicos, que provoquen carcinoma de células escamosas.

R.- Actividades relacionadas con la fabricación de joyas.

6G0118: fabricación de joyas empleando cadmio, que provoque neoplasia de bronquio, pulmón y próstata.

6K0104: trabajos de bisutería, empleando níquel y sus compuestos, que provoque neoplasia maligna de cavidad nasal.

6K0204: trabajos de bisutería, empleando níquel y sus compuestos, que provoque cáncer primitivo del etmoides y de los senos de la cara.

6K0304: trabajos de bisutería, empleando níquel y sus compuestos, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6Q0103: obtención de metales preciosos (oro y plata) por cianuración.

6Q0104: fabricación de joyas con ácido cianhídrico, cianuros, compuestos y acrilonitrilos.

S.- Actividades relacionadas con hornos.

6J0106: trabajos en hornos de carbón o coque, que provoquen lesiones premalignas de piel.

6J0206: trabajos en hornos de carbón o coque, que provoquen carcinoma de células escamosas.

6K0109: trabajos en hornos de fundición de hierro y de acero inoxidable, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6K0209: trabajos en hornos de fundición de hierro y de acero inoxidable, que provoquen cáncer primitivo del etmoides y de los senos de la cara.

6K0309: trabajos en hornos de fundición de hierro y de acero inoxidable, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6Q0113: emisiones gaseosas en altos hornos, hornos de coque, expuestos a ácido cianhídrico, cianuros, compuestos y acrilonitrilos.

T.- Actividades relacionadas con construcción naval y de trenes.

6A0101: industrias de construcción naval en las que se utiliza amianto, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0105: aplicación de amianto a pistola en vagones, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0106: trabajos de aislamiento térmico en construcción naval, expuestos a inhalación de polvos de amianto, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0112: trabajos que impliquen la eliminación de materiales, expuestos a polvos de amianto, que provoque neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6A0201: industrias de construcción naval en las que se utiliza amianto, que provoque mesotelioma.

6A0205: aplicación de amianto a pistola en vagones, que provoque mesotelioma.

6A0206: trabajos de aislamiento térmico en construcción naval, expuestos a inhalación de polvos de amianto, que provoquen mesotelioma.

6A0212: trabajos que impliquen la eliminación de materiales, expuestos a polvos de amianto, que provoque mesotelioma.

6A0301: industrias de construcción naval en las que se utiliza amianto, que provoque mesotelioma de pleura.

6A0305: aplicación de amianto a pistola en vagones, que provoque mesotelioma de pleura.

6A0306: trabajos de aislamiento térmico en construcción naval, expuestos a inhalación de polvos de amianto, que provoquen mesotelioma de pleura.

6A0312: trabajos que impliquen la eliminación de materiales, expuestos a polvos de amianto, que provoque mesotelioma de pleura.

6A0401: industrias de construcción naval en las que se utiliza amianto, que provoque mesotelioma de peritoneo.

6A0405: aplicación de amianto a pistola en vagones, que provoque mesotelioma de peritoneo.

6A0406: trabajos de aislamiento térmico en construcción naval, expuestos a inhalación de polvos de amianto, que provoquen mesotelioma de peritoneo.

6A0412: trabajos que impliquen la eliminación de materiales, expuestos a polvos de amianto, que provoque mesotelioma de peritoneo.

6A0501: industrias de construcción naval en las que se utiliza amianto, que provoque mesotelioma de otras localizaciones.

6A0505: aplicación de amianto a pistola en vagones, que provoque mesotelioma de otras localizaciones.

6A0506: trabajos de aislamiento térmico en construcción naval, expuestos a inhalación de polvos de amianto, que provoquen mesotelioma de otras localizaciones.

6A0512: trabajos que impliquen la eliminación de materiales, expuestos a polvos de amianto, que provoque mesotelioma de otras localizaciones.

6A0601: industrias de construcción naval en las que se utiliza amianto, que provoque cáncer de laringe.

6A0605: aplicación de amianto a pistola en vagones, que provoque cáncer de laringe.

6A0606: trabajos de aislamiento térmico en construcción naval, expuestos a inhalación de polvos de amianto, que provoquen cáncer de laringe.

6A0612: trabajos que impliquen la eliminación de materiales, expuestos a polvos de amianto, que provoque cáncer de laringe.

U.- Actividades relacionadas con la restauración de arte.

6C0122: empleo, manipulación y preparación de arsénico y sus compuestos por los restauradores de arte, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0222: empleo, manipulación y preparación de arsénico y sus compuestos por los restauradores de arte, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6C0322: empleo, manipulación y preparación de arsénico y sus compuestos por los restauradores de arte, que provoquen enfermedad de Bowen.

6C0422: empleo, manipulación y preparación de arsénico y sus compuestos por los restauradores de arte, que provoquen angiosarcoma de hígado.

V.- Actividades relacionadas con la taxidermia.

6C0122: empleo, manipulación y preparación de arsénico y sus compuestos por los taxidermistas, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

6C0212: empleo, manipulación y preparación de arsénico y sus compuestos por los taxidermistas, que provoquen carcinoma epidermoide de piel.

6C0312: empleo, manipulación y preparación de arsénico y sus compuestos por los taxidermistas, que provoquen enfermedad de Bowen.

6C0412: empleo, manipulación y preparación de arsénico y sus compuestos por los taxidermistas, que provoquen angiosarcoma de hígado.

W.- Actividades relacionadas con la fabricación de cerillas y fósforos.

6I0107: empleo, manipulación de los compuestos del cromo hexavalente en la fabricación de fósforos y cerillas, que provoquen neoplasia maligna de cavidad nasal.

6I0207: empleo, manipulación de los compuestos del cromo hexavalente en la fabricación de fósforos y cerillas, que provoquen neoplasia maligna de bronquio y pulmón.

X.- Actividades relacionadas con la alimentación.

6N0108: conservación de alimentos por radiaciones ionizantes, que provoque síndromes linfoma y mieloliferativos.

6N0208: conservación de alimentos por radiaciones ionizantes, que provoque carcinoma epidermoide de piel.

Y.- Actividades relacionadas con la industria cosmética y peluquería.

6O0104: utilización de aminas e hidracinas aromáticas y sus derivados en productos de peluquería, que provoque cáncer vesical.

6P0104: utilización de nitrobenceno en la industria cosmética, que provoque linfoma.

Z.- Actividades relacionadas con polvos detergentes y enmascarador de olores.

6P0109: utilización de nitrobenceno como enmascarador de olores, que provoque linfoma.

6R0105: fabricación de polvos detergentes con polvos de sílice, que provoque cáncer de pulmón.

CAPITULO VIII

LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

En el entorno de la normativa de la prevención de riesgos laborales, y en concreto en la enfermedad profesional, el riesgo profesional consiste, como describe CARRERO DOMINGUEZ⁹³⁴, en la posibilidad de que el trabajador contraiga una enfermedad como consecuencia de la realización de su actividad laboral en el marco de un contrato de trabajo.

En el artículo 4 de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre, LPRL, define, a efectos de ésta Ley, lo que se entiende por prevención y por riesgo laboral:

1º. “Se entenderá por prevención el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo”.

2º. “Se entenderá como riesgo laboral o profesional “la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo”.

La actividad preventiva, como expresa BLASCO LAHOZ⁹³⁵, es una actividad que deben realizar las distintas Administraciones Públicas, tanto en la promoción de la prevención como en el cumplimiento de las normas.

8.1. Delimitar el objeto de la prevención.

Por otra parte, no se puede dejar de lado, el hecho que el ordenamiento

⁹³⁴ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*. Ob. cit. pág. 173.

⁹³⁵ BLASCO LAHOZ, J.F.: “Marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales”, en AAVV (LOPEZ GANDIA, J., BLASCO LAHOZ, J.F.), *Curso de prevención de riesgos laborales*. Valencia 2019. Editorial Tirant lo Blanch. pág. 69.

jurídico español, como expresa CARRERO DOMINGUEZ⁹³⁶, distingue entre las enfermedades profesionales y las enfermedades del trabajo, si bien ambos tipos de enfermedades son provocadas por el ejercicio del trabajo, y se manifiestan como un deterioro lento y progresivo de la salud, que están causadas por agentes externos y que repercuten en el cuerpo humano, pero como se ha mencionado, la diferencia fundamental entre ambas se encuentra en el hecho de que las enfermedades profesionales son aquellas que se derivan de las actividades establecidas y que han sido provocadas por la acción de los elementos o sustancias determinadas que están recogidos en la lista que se recoge en el RD 1299/2006 de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social, y que establece el criterio de notificación y registro. Por tanto, el sentido normativo de enfermedad profesional no se corresponde con el común o real de las enfermedades que pueden tener su origen en el ejercicio de su actividad laboral, por cuanto hay enfermedades que están directamente relacionadas con el trabajo, que materialmente son profesionales, pero, que formalmente no lo son porque no están incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales del RD 1299/2006. Aunque para la Seguridad Social estas enfermedades reciben el tratamiento de accidentes de trabajo, pero desde el punto de vista preventivo, las enfermedades del trabajo están más cerca de las enfermedades profesionales.

Pero no obstante, la LGSS establece una serie de medidas preventivas, como expresa MORENO CALIZ⁹³⁷, específicas de las enfermedades profesionales, que en la actualidad están contenidas en una norma de rango legal como son los períodos de observación por enfermedad profesional, artículos 169.1.b) y 176 LGSS; dentro de la situación de incapacidad temporal

⁹³⁶ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 173.

⁹³⁷ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*, ob. cit. págs. 3 y 4.

los reconocimientos médicos, previos y periódicos, estableciéndose un régimen jurídico específico para las enfermedades profesionales, artículos 243 y 244 LGSS; o trasladar al trabajador a otro puesto de trabajo que esté exento de riesgo.

Estas medidas preventivas, están previstas en la LGSS no en la LPRL y son específicas de las enfermedades profesionales, pero no para las enfermedades del trabajo porque están incluidas dentro del concepto de accidente de trabajo del artículo 156 LGSS. Porque como se ha descrito en el capítulo anterior, el concepto legal de enfermedad profesional se encuentra en el artículo 157 LGS, y la enfermedad tiene que estar incluida en el listado legal, en el RD 1299/2006, donde agrupan la totalidad de patologías que el legislador ha querido proteger.

8.2. Riesgos tradicionales y riesgos emergentes: la robótica.

Históricamente los riesgos profesionales que se asociaban al trabajo humano y a la organización empresarial, como expresa SANCHEZ TRIGUEROS⁹³⁸, eran de tipo corporal y físico, pero las profundas transformaciones que vive el mundo del trabajo, y en particular los procesos organizativos y de producción de bienes y servicios, tienen una gran influencia en todas las vertientes de las relaciones de trabajo, como establece MOLINA NAVARRETE⁹³⁹, todos los cambios conllevan que aparezcan nuevos factores

⁹³⁸ SANCHEZ TRIGUEROS, C.: "Enfermedades profesionales atípicas y claves para el encuadramiento". ob.cit. pág. 139. Vid. CASAS BAAMONDE, M.E. y DE LA TORRE GARCIA, C.: *El futuro del trabajo en España: impacto de las nuevas tendencias*. Editorial la Ley Wolters Kluwer. 2019.

⁹³⁹ MOLINA NAVARRETE, C.: "Nuevo cuadro de enfermedades profesionales, enfermedades del trabajo y riesgos psicosociales. ¿una nueva oportunidad de modernización real perdida?", en *Revista La Mutua* (Fraternidad Mutrespa), núm. 18-2007, págs. 21-34.

de riesgo, es más nuevos riesgos⁹⁴⁰.

Precisamente la robótica determinará cambios en la generación de enfermedades del trabajo.

Por tanto, el trabajador puede verse expuesto al ejecutar su prestación laboral no solo a potenciales daños a la salud física, sino también, y además de manera cada vez con mayor intensidad, daños a la salud psíquica.

Realidades del mundo laboral actual como la globalización social y económica, la entrada de las nuevas tecnologías y de nuevas formas de trabajar, como expresa MELENDEZ MORILLO-VELARDE⁹⁴¹, se observa en las ramas de producción y en las secciones de organizaciones productivas, pero las novedades tecnológicas pueden generar diferentes problemas en los trabajadores que se vean afectados por estos cambios, por lo que el empresario también deberá realizar una adecuada política de prevención en la organización productiva.

Por otra parte, también hay que tener en cuenta que en el mundo de las comunicaciones el uso intenso de tecnologías de telecomunicaciones asentadas en la transmisión por radiofrecuencias, la radio, la televisión, el uso desproporcionada de teléfonos móviles e inalámbricos, wifi y los escáneres e instrumentos de imagen corporal, el uso normalizado de estos dispositivos en el mundo laboral supone un incremento de la exposición de los trabajadores a los campos electromagnéticos, la consecuencia ha sido la aparición de una

⁹⁴⁰ Vid. SANCHEZ-URAN AZAÑA, M.Y. y GRAU RUIZ, M.A.: “El impacto de la robótica, en especial la robótica inclusiva en el trabajo: aspectos jurídico-laborales y fiscales”, Congreso Internacional sobre Innovación Tecnológica y Futuro del Trabajo, 5 y 6 de abril 2018, en *E-Prints Complutense. El repositorio de la producción académica en abierto de UCM*; MERCADER UGUINA, J.: *El futuro del trabajo en la era de la digitalización y la robótica*. Valencia 2017. Editorial Tirant lo Blanch.

⁹⁴¹ MELENDEZ MORILLO-VELARDE, L.: “Nuevas tecnologías y riesgos psicosociales”. ob. cit. BIB 2016/704.

patología “sui generis”, como expresa GARCIA GONZALEZ⁹⁴², la denominada hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad, dicha patología está producida por las ondas electromagnéticas de baja intensidad⁹⁴³.

Pero la exigencia de proteger a los trabajadores de los calificados como riesgos emergentes, no es algo novedoso del siglo XXI, como expresa MELENDEZ MORILLO-VELARDE⁹⁴⁴, la LPRL de 1995 en el artículo 16 establecía que la evaluación de riesgos debía realizarse de nuevo cuando se produjera un cambio en las condiciones de trabajo, lo que podía suceder como consecuencia de incorporar las nuevas formas de trabajo en el puesto concreto, o la incorporación de nuevas tecnologías, y en el mismo sentido el artículo 4.2 del RD 39/1997 por el que se aprueba Reglamento de los Servicios de Prevención, que dispone la obligación de proceder a una nueva evaluación de puestos de trabajo cuando se vean afectados por la incorporación de nuevas tecnologías.

8.3. Normativa en materia de prevención de riesgos laborales.

En el ordenamiento jurídico español se puede destacar la siguiente normativa en materia de prevención de riesgos profesionales:

A) En el ámbito internacional supraeuropeo, como establece ALFONSO MELLADO⁹⁴⁵, destacan los siguientes instrumentos:

⁹⁴²GARCIA GONZALEZ, G.: “La hipersensibilidad electromagnética como causa de incapacidad permanente: algunas reflexiones críticas”. ob. cit. BIB 2016/85602.

⁹⁴³ Vid. en la misma línea PEREZ ALONSO, M.A.: “Campos electromagnéticos, electrosensibilidad, un riesgo para la salud de los trabajadores”, en *Revista de Seguridad Social* núm. 9-2016.

⁹⁴⁴ MELENDEZ MORILLO-VELARDE, L.: “Nuevas tecnologías y riesgos psicosociales”. ob. cit.

⁹⁴⁵ ALFONSO MELLADO, C. L.: “Indemnizaciones derivadas de la responsabilidad empresarial por accidentes de trabajo. problemas esenciales”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob.cit. pág. 170.

1º) El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que ratificó España el 17 de abril de 1977, aprobado por la Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 1966 y, reconoce el derecho a la seguridad e higiene en el trabajo y obliga a los poderes públicos a mejorarla.

2º) La OIT cuenta con varios convenios sobre riesgos específicos y sectores concretos. También hay Recomendaciones en esta materia y con Convenios más específicos pero no ratificados por España, como el convenio número 161 de 1985, sobre los servicios de salud en el trabajo.

Entre los Convenios de la OIT ratificados por España se encuentran los siguientes:

- Los Convenios número 17 y número 18, de 1925, sobre indemnización de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo.

- El Convenio número 148, convenio sobre el medio ambiente en el trabajo (contaminación de aire, ruido y vibraciones) sólo ha aceptado España lo referente a aire y ruido.

- El número 155, sobre seguridad y salud de los trabajadores, que obliga a una política que garantice el derecho a la seguridad y salud, exigiéndose a la empresa la protección y la coordinación de actividades, los derechos y participación de los representantes legales.

B) En el ámbito internacional europeo, la normativa básica en materia de prevención de riesgos laborales es la Carta Social Europea⁹⁴⁶, aprobada en el Consejo de Europa, de 18 de octubre de 1961, ratificada por España el 29 de abril de 1980, y vigente a partir del 5 de mayo. Se han producido diversos protocolos modificativos, algunos de ellos no han sido ratificados por España.

⁹⁴⁶ Vid. SALCEDO BELTRAN, M.C.: “Conclusiones XXI-3 (2018) del Comité europeo de Derechos Sociales: Evidencias de la “indiferencia” y “resistencia” a la Carta Social Europea”, en *Derecho de las relaciones laborales*, núm. 5-2019. págs. 541-552.

En el artículo 3 se reconoce, como indica ALFONSO MELLADO⁹⁴⁷, expresamente el derecho a la seguridad e higiene en el trabajo.

C) En el ámbito de la Unión Europea, como expresa BLASCO LA HOZ⁹⁴⁸, hay que tener en cuenta los objetivos de la política europea de seguridad y salud laboral, los cuales tratan de conseguir los siguientes objetivos:

1º) Mejorar las condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores, tal y como se desprende del artículo 117 del Tratado de la Unión Europea.

2º) Evitar que la existencia de distintas normativas nacionales de protección de seguridad y salud laboral pueda suponer que se produzcan niveles distintos de protección, y como consecuencia se produzca una competencia entre los países derivando en un detrimento de la seguridad y salud de los trabajadores⁹⁴⁹.

Por su parte, en el artículo 118 del Tratado de la Unión Europea se establece como misión de la Comisión promover una estrecha relación entre los Estados miembros en la protección contra los accidentes laborales y las enfermedades profesionales y a favor de la seguridad e higiene en el trabajo.

En el ámbito de la Unión Europea también existe una gran preocupación y reconocimiento de la obligación empresarial de seguridad y salud laboral, como expresa ALFONSO MELLADO⁹⁵⁰, y de entre los instrumentos para

⁹⁴⁷ ALFONSO MELLADO, C. L.: "Indemnizaciones derivadas de la responsabilidad empresarial por accidentes de trabajo. problemas esenciales", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob.cit. pág. 173.

⁹⁴⁸ BLASCO LAHOZ, J.F.: "Marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales", en *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit. pág. 70.

⁹⁴⁹ Vid. CEINOS SUAREZ, A.: "Libertad de circulación y limitaciones por razón de seguridad y salud", en AA.VV. (Coord. GARCIA MURCIA, J. y GARCIA TORRES, A.): *Libertades de circulación y derechos de protección social en la Unión Europea: un estudio de jurisprudencia del Tribunal de Justicia*. Editorial Juruá, 2016. págs. 91-114.

⁹⁵⁰ ALFONSO MELLADO, C. L.: "Indemnizaciones derivadas de la responsabilidad empresarial por accidentes de trabajo. problemas esenciales", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob.cit. pág. 173.

conseguir este objetivo destaca la Carta de Derechos Fundamentales del año 2000, que es adoptada con carácter vinculante según los términos previstos en el Tratado de Lisboa 2007. En esta Carta se establece el derecho a condiciones de trabajo justas, y esto incluye de manera expresa la protección de la seguridad, salud y servicios sociales en casos como accidentes laborales, y además la protección, a nivel alto, de la salud, artículos 34 y 35 de la Carta.

Otro de los instrumentos que persiguen la protección de seguridad y salud de los trabajadores es la Directiva Marco 89/391, que es el marco general relativo a la aplicación de las medidas para promover la mejora de la seguridad y salud laboral. A partir de ésta se han producido múltiples Directivas desarrollando las obligaciones en la materia preventiva, como es la Directiva 83/477, modificada por la Directiva 2003/18 en materia de exposición al amianto⁹⁵¹.

D) En el ámbito interno, la política de prevención estatal se encuentra supedita, como expresa BLASCO LA HOZ⁹⁵², a la normativa internacional, los convenios ratificados por España, y a la normativa supranacional, normas de la Unión Europea. La primera referencia se encuentra en la Constitución Española (en adelante CE).

Se refleja en diversos instrumentos normativos, siendo estos en síntesis: la CE establece como principios rectores de la política social y económica, entre otros, como expresa ALFONSO MELLADO⁹⁵³, la obligación de los

⁹⁵¹ Vid. MARTINEZ BARROSO, M.R.: "Marco estratégico de la Unión Europea en materia de seguridad y salud, retos y repercusión en el ordenamiento español, en Revista del Ministerio de Empleo y Seguridad Social núm. 138/2018. págs. 19-58

⁹⁵² BLASCO LAHOZ, J.F.: "Marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales", en *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit. pág. 73.

⁹⁵³ ALFONSO MELLADO, C. L.: "Indemnizaciones derivadas de la responsabilidad empresarial por accidentes de trabajo. problemas esenciales", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob.cit. pág. 170.

poderes públicos de velar por la Seguridad e Higiene⁹⁵⁴, artículo 40.2 CE, y el derecho a un régimen público de Seguridad Social y el derecho a la salud, artículos 41 y 43 CE.

1º) El mandato constitucional del artículo 40.2 CE, como expresa MORENO CALIZ⁹⁵⁵, se encuentra integrado en el Capítulo III, que se titula “De los principios rectores de la política social y económica”.

2º) En el lado de la legalidad ordinaria, se encuentra el Estatuto de los Trabajadores, que en el artículo 4.2.d) reconoce el derecho de los trabajadores a la seguridad y salud en el trabajo, en el artículo 19.2 del mismo cuerpo legal el trabajador está obligado a observar en su trabajo las medidas legales y reglamentarias de seguridad y salud en el trabajo y, en el artículo 36 del Estatuto de los Trabajadores, como expresa BALLESTER PASTOR⁹⁵⁶, establece el alcance de los derechos en materia preventiva de los trabajadores nocturnos y a turnos.

3º) En materia de seguridad social, el Texto Refundido de la Ley General Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, se establece una protección específica para el accidente de trabajo, artículo 156, y la enfermedad profesional, artículo 157.

4º) En materia preventiva, la legislación especial es la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, de 8 de noviembre 1995.

La Ley de prevención es fruto de la adaptación a la CE en materia de seguridad e higiene, como de la normativa europea, como expresa BLASCO

⁹⁵⁴ Vid. MIÑARRO YANINI, M.: “Promoción de la salud, sí, pero no vinculado al salario por decisión unilateral de la empresa: Comentario a la Sentencia de la Audiencia Nacional 55/2017, de 21 de abril, en *Estudios Financieros. Revista de Trabajo y Seguridad Social: Comentarios, casos prácticos: recursos humanos*, núm. 413-414 2017, págs. 196-201.

⁹⁵⁵ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 15.

⁹⁵⁶ BALLESTER PASTOR, M.A.: “Derecho a la no discriminación y otros derechos del trabajador” en *Derecho del Trabajo*. ob. cit. pág. 388.

LAHOZ⁹⁵⁷, obliga a actualizar la normativa española en materia preventiva, actualización que se realiza mediante la publicación de la LPRL, norma que viene a diseñar un nuevo marco normativo que sustituye tanto al del Estatuto de los Trabajadores como al de las normas de los años 60 y 70 y las normas sobre servicios médicos de empresa⁹⁵⁸.

El artículo 6 LPRL enumera una lista de materias para desarrollar, y ordena al gobierno, tras la correspondiente consulta a las organizaciones sindicales y empresariales más representativas, regular dichas materias, estas remisiones se realizarán mediante desarrollo reglamentario. Hay que mencionar el RD 39/1997 de 7 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención⁹⁵⁹(en adelante RSP).

La LPRL y sus disposiciones de desarrollo, constituyen las principales fuentes reguladoras de la prevención de riesgos laborales, y por tanto son también de aplicación a las enfermedades profesionales, porque en la finalidad de la Ley, como expresa MORENO CALIZ⁹⁶⁰, se incluyen las enfermedades o patologías que deriven del trabajo, que aparecen recogidas en un sentido amplio en el artículo 4 LPRL.

Por último, los convenios colectivos pueden ser importantes en el desarrollo y aplicación de la Ley que se configura como de mínimos indisponibles, como expresa y BLASCO LAHOZ⁹⁶¹, pero su papel no es tan fundamental como el desarrollo reglamentario. Los convenios colectivos

⁹⁵⁷ BLASCO LAHOZ, J.F.: "Marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales", en *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit. pág. 73.

⁹⁵⁸ Vid. QUILEZ PARDO, A.M.: "Perspectiva histórica. Del accidente de trabajo a la salud laboral", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. págs. 329-337.

⁹⁵⁹ Vid. BLASCO LAHOZ, J.F.: "Marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales", en *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit. pág. 81.

⁹⁶⁰ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 15.

⁹⁶¹ BLASCO LAHOZ, J.F.: "Marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales", en *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit. pág. 94.

pueden concretar y superar las normas legales y tipificar sanciones mediante cláusulas normativas, artículo 45.1 LPRL.

8.4. El deber de seguridad del empresario.

La inclusión del trabajador en el procedimiento productivo, como establece ALFONSO MELLADO⁹⁶², donde la titularidad del producto es del empresario, no significa que el trabajador tenga que asumir los riesgos que para su vida, su integridad física y su salud sean evitables. Como estos bienes son personales, que afectan a bienes esenciales, ha supuesto que los ordenamientos jurídicos modernos se vean en la necesidad de regular y establecer una obligación empresarial de protección al trabajador para hacer frente a estos riesgos. Por tanto, esta obligación que se adjudica al empresario supone que la mayoría de los ordenamientos consideren al empresario un deudor de seguridad del trabajador, siendo la finalidad garantizar desde un doble punto de vista: por una parte, la obligación contractual de protección que debe asumir el empresario, y por otra parte la obligación que corresponde a los poderes públicos de fomentar una política de prevención de riesgos laborales y de atender a las posibles consecuencias.

A pesar que el artículo 40.2 CE es de carácter programático, y se articula más en una visión tradicional de la seguridad e higiene que en un concepto preventivo más amplio, como expresa LOPEZ GANDIA⁹⁶³, se puede recurrir a los otros preceptos como el artículo 15, que establece el derecho a la vida e integridad física, y sobre todo al Estatuto de los Trabajadores y a la LPRL, para poder fundamentar la construcción del deber empresarial de seguridad, “deuda

⁹⁶² ALFONSO MELLADO, C. L.: “Indemnizaciones derivadas de la responsabilidad empresarial por accidentes de trabajo. problemas esenciales”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob.cit. pág. 170.

⁹⁶³ LOPEZ GANDIA, J.: “Obligaciones de empresarios y trabajadores”, en *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit. pág. 98.

de seguridad”, en el ámbito de las relaciones privadas, y al mismo tiempo como un deber público que deriva de las normas de desarrollo del artículo 40 de la CE.

Hay que tener presente que la deuda de seguridad, artículos 4.2.d) y 19 del ET y 14 de LPRL, tienen perspectivas preventivas, pero sus consecuencias son sobre todo reparadoras, es decir que si no se observan las normas generaría responsabilidades contractuales para el empresario por los daños que derivan del incumplimiento de las normas de prevención de riesgos, pero además ésta deuda es un deber público que se sanciona por la vía administrativa.

El deber que se impone al empresario, le genera una deuda de seguridad, y le obliga a observar un determinado grado de cuidado, y especialmente, le sitúa en una posición de garante con respecto a sus trabajadores, como expresa CARRERO DOMINGUEZ⁹⁶⁴, esta normativa supone que el empresario no podrá aumentar los riesgos que estriban de manera potencial sobre el trabajador, y debe estar continuamente en una situación de vigilancia respecto del nacimiento y evolución del peligro, debiendo evitar el riesgo mismo, y de forma general evitar la lesión de los bienes jurídicos de los que es garante, que son la vida, la integridad física y la salud de los trabajadores. Se ha fundamentado el deber empresarial de protección basándose en el hecho de que el empresario es quien genera el riesgo para el trabajador, mediante la apertura del centro de trabajo, y principalmente porque el empresario dirige las actividades de sus trabajadores y organiza sus recursos humanos.

El Derecho del trabajo, en los artículos 4.2 y 19.1 del ET y el convenio 155 de OIT, ha erigido la deuda de seguridad del empresario, como expresa

⁹⁶⁴ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*. Ob. cit. pág. 176.

LOPEZ GANDIA⁹⁶⁵, como consecuencia del contrato de trabajo, pero también como declaración de la protección establecida en la constitución. La deuda de seguridad implica que, quien se beneficia del trabajo prestado por cuenta y dependencia de otro y creando riesgos, deberá asumir la responsabilidad. La LPRL configura el deber de seguridad público, prolongándolo a los colectivos que no están en presencia de una relación laboral, basándose en el artículo 15 CE, derecho a la vida y a la integridad física.

La jurisprudencia estima que el deber de seguridad de las empresas es un deber material y no meramente formal o de medios, como expresa LOPEZ GANDIA⁹⁶⁶, por cuanto la finalidad no es sólo que se cumplan realmente las medidas de seguridad que están previstas para evitar los peligros que la actividad laboral en cada caso pueda suponer, sino que la finalidad es proteger la salud y la vida de los trabajadores mediante el cumplimiento de las medidas concretas de seguridad, y por tanto no es suficiente solo con la acreditación que existen, que se han propuesto las medidas de seguridad, sino que efectivamente se han cumplido.

8.4.1. El deber de seguridad del empresario y enfermedad profesional.

Una representación constitucional del derecho del trabajador a la protección y prevención de la salud se encuentra en el artículo 15 CE el cual, como ya se ha mencionado, y establece la Sentencia del Tribunal Constitucional 27 de marzo 2007 (recurso núm. 1623/2002) garantiza la incolumidad corporal frente a las injerencias o agresiones de terceros y, en particular frente los riesgos del trabajo, este derecho se verá lesionado cuando

⁹⁶⁵ LOPEZ GANDIA, J.: "Obligaciones de empresarios y trabajadores", en *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit. pág. 97.

⁹⁶⁶ LOPEZ GANDIA, J.: "Obligaciones de empresarios y trabajadores", en *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit. pág. 98.

no se respete el derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo de conformidad con el artículo 14 LPRL; en el mismo sentido se manifiesta la Sentencia del Tribunal Constitucional 2 de julio 2007 (recurso núm. 7142/2004).

Pero, por otra parte, la Sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (Sala Tercera), de 14 de junio 2007 (TJCE 2007,141) en el Caso Comisión de las Comunidades Europeas contra Reino Unido, establece el principio de inexistencia de responsabilidad objetiva del empresario. La Comisión de CE solicita al Tribunal de Justicia que declare que Reino Unido ha incumplido las obligaciones que le incumben en virtud del artículo 5.1 de la Directiva 89/391⁹⁶⁷, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de los trabajadores, al limitar la obligación de los empresarios de garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo a una obligación de hacerlo sólo, en la medida que sea razonablemente viable. Porque la Comisión considera que la adaptación por el Reino Unido de su Derecho a la Directiva 89/391 no conduce al resultado que se espera de la aplicación del artículo 5.1 de dicha Directiva, a pesar de que esta disposición fuese interpretada en relación con la excepción establecida en el artículo 5.4 de la Directiva. Considerando el Tribunal de Justicia que “no cabe afirmar, sólo en virtud del artículo 5.1 que sobre el empresario deba recaer una responsabilidad objetiva⁹⁶⁸. En efecto, esta disposición se limita a establecer la obligación general de seguridad que recae sobre el empresario, sin pronunciarse sobre la forma concreta de responsabilidad que le incumbe”. Concluyendo, no se demostró, que Reino Unido no hubiera cumplido sus

⁹⁶⁷ Directiva del Consejo 89/391 de 12 de junio 1989, relativa a la aplicación de medidas de promover la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores en el trabajo.

⁹⁶⁸ En sentido similar en relación al accidente de trabajo en la STSJ Cataluña de 21 de enero 2011 (recurso núm. 4058/2009).

obligaciones en virtud del artículo 5.1 de la Directiva 89/391, desestimando el recurso interpuesto por la Comisión CE.

En el supuesto de enfermedad profesional, para identificarla, como establece CARRERO DOMINGUEZ⁹⁶⁹, es inevitable tener en cuenta el nexo causal, que deberá probarse, tanto con técnicas clínicas, como experimentales o estadísticas, que existe una conexión inexcusable entre la enfermedad y la presencia en el trabajo de agentes o condiciones que son peligrosos, así como sustancias o factores de riesgos que se encuentren listadas en el cuadro de enfermedades profesionales del RD1299/2006. Es imprescindible, para identificar una enfermedad profesional, investigar el nexo causal, habrá que averiguar cuáles son los agentes causales lesivos para la salud que puedan encontrarse en el lugar de trabajo, o las condiciones del mismo y que son potencialmente lesivos para la salud. El RD 1299/2006 establece los criterios que sirven de referencia para determinar la exposición del trabajador al agente o en relación a las condiciones de trabajo que puedan provocar daños a la salud, estos criterios pueden ser, por una parte de carácter cualitativo, se refiere a la lista de ocupaciones que tengan riesgo de exposición y la declaración del afectado, o su representante, de estar ocupando esa actividad, y por otra parte de carácter cuantitativo.

Es complicado delimitar cual es el contenido del deber de seguridad del empresario, junto al comportamiento diligente de tutela del trabajador, el empresario debe asegurar de que el riesgo no se va a actualizar, por tanto la tutela de la empresa se extenderá también a todos los aspectos que estén relacionados con el trabajo como son equipos, máquinas, métodos o procedimientos de trabajo, jornada de trabajo, configuración del puesto, rendimiento. El empresario deberá estar continuamente alerta, cuidando,

⁹⁶⁹ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 176.

vigilando, protegiendo, asegurando un nivel máximo de seguridad en sus centros y servicios⁹⁷⁰. Así mismo la empresa deberá estar adaptándose de manera continua a las nuevas necesidades, por lo que estará obligado a realizar cuantas modificaciones y cambios sean necesarios para seguir manteniendo unos niveles de seguridad óptimos, y conseguir un lugar de trabajo cada vez más sano y seguro.

8.4.1.1. El nivel óptimo del deber de seguridad del empresario.

El nivel de seguridad óptimo que se debe garantizar es el máximo posible de conformidad con las condiciones que envuelvan las relaciones de trabajo, por tanto, como expresa CARRERO DOMINGUEZ⁹⁷¹, se considerara promedio óptimo el adecuado para el momento tecnológico en que se establece dicho promedio, de esta manera, cualquier nivel de promedio por debajo del promedio óptimo de protección supone un incumplimiento del deber legal y contractual de seguridad. Pero, hay que tener en cuenta que los niveles de seguridad deben ser modificadas de manera periódica, a medida que se avance tanto en la medicina y la ciencia como en la técnica.

En las enfermedades profesionales el empresario deberá adoptar un nivel máximo de seguridad, aunque ni médica ni científicamente estuviera probado pero hubiera dudas y existiera una alerta de detección de la enfermedad profesional. El empresario no solo debe respetar las normas de derecho necesario mínimo indisponible establecido en la LPRL y normas de desarrollo, sino que se le exige una diligencia muy amplia y que recoge diferentes facetas que van desde la supervisión de quienes intervienen en la prestación de

⁹⁷⁰ Vid. GARCIA NINET, J.I. y VICENTE PALACIO, M.A.: "Derechos y obligaciones del empresario I, II, III", lecciones 8, 9 y 10, en AA.VV. (Dir. GARCIA NINET), *Manual de Prevención de Riesgo Laborales. Seguridad, Higiene y Salud en el trabajo*. Madrid 2017, 4ª edición. Editorial Atelier Libros Jurídicos, págs. 131-188.

⁹⁷¹ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág., 179.

servicios hasta el control de la seguridad de los procedimientos, materiales, maquinaria que se emplean, y que son generadoras de riesgos, como expresa CARRERO DOMINGUEZ⁹⁷², todo ello conectado con el poder de dirección del empresario, por tanto se le exige al empresario un determinado grado de profesionalidad, y que a mayor riesgo mayor cuidado.

A pesar de ello, el artículo 14.2 LPRL se refiere en términos amplios, por cuanto habla de garantizar la ausencia de daños y lesiones, como expresa LOPEZ GANDIA⁹⁷³, pero sería relevante esto solo sino se especificaran los medios que el empresario debe adoptar. La doctrina mayoritaria como ALFONSO MELLADO⁹⁷⁴, al considerar que el deber de seguridad es una obligación de medios, argumentado que se trata de una obligación reparadora, el régimen de responsabilidades, la configuración legal y, al hecho de que la finalidad es preventiva y disuasoria.

Para determinar cuándo se actúa con la diligencia exigible del buen empresario, en el supuesto de las enfermedades profesionales, es determinante que el empresario conozca si su actividad productiva, como expresa CARRERO DOMINGUEZ⁹⁷⁵, se encuentra catalogada en el listado de las actividades que pudieran generar riesgos, en el RD 1299/2006, que pudieran desencadenar una enfermedad profesional. Por tanto el empresario deberá probar que su actuación ha sido la diligente, la Sentencia del Tribunal Supremo 30 de junio 2010 (recurso núm. 4123/2008) establece que “para enervar su posible responsabilidad el empleador ha de acreditar haber agotado toda diligencia exigible, más allá incluso de las exigencias

⁹⁷² CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág., 180.

⁹⁷³ LOPEZ GANDIA, J.: “Obligaciones de empresarios y trabajadores”, en *Curso de prevención de riesgos laborales*, ob. cit. pág. 99.

⁹⁷⁴ ALFONSO MELLADO, C.L.: *Responsabilidad empresarial en materia de Seguridad y Salud laboral*. Valencia 1998. Editorial Tirant lo Blanch. págs. 19-20.

⁹⁷⁵ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 180.

reglamentarias”, “la obligación del empresario alcanza a evaluar todos los riesgos no eliminados y no sólo aquellos que las disposiciones específicas hubieran podido contemplar expresamente, máxime cuando la generalidad de tales normas imposibilita prever todas las situaciones de riesgo que comporta el proceso productivo”. No parece superfluo indicar expresamente que no procede aplicar en el ámbito laboral una responsabilidad plenamente objetiva o por el resultado, y ello debido no solo a la conclusión que se puede alcanzar de la normativa y la jurisprudencia, sino porque la “objetivación produciría un efecto desmotivador en la política de prevención de riesgos laborales”, porque si el empresario responde civilmente para resarcir el daño en su integridad, tanto si ha observado o no los medios de seguridad, no habría ninguna motivación para cumplir la norma y actuar diligentemente, y solo actuaría de freno la posible sanción administrativa. Este planteamiento es el previsto en el artículo 5.1 de la Directiva 89/391 y en este sentido se manifiesta la Sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas 14 de junio 2007 (TJCE 2007,141)⁹⁷⁶. La única manera de disminuir o eludir su posible responsabilidad es acreditando que ha cumplido toda la diligencia exigible, incluso más de las exigencias normativas.

Se plantean dudas en aquellos riesgos que todavía no se han comprobado científica o tecnológicamente al cien por cien, como expresa CARRERO DOMINGUEZ⁹⁷⁷, pero si se va conociendo que pueden causar daños para los trabajadores, en estos supuestos ¿Cuándo el empresario habría cumplido su máxima diligencia? Lo lógico sería que en caso de duda presumir que existe el riesgo contra la salud de los trabajadores, y que el empresario se obligara a evitar tanto los riesgos ciertos como los riesgos en

⁹⁷⁶ En el mismo sentido Sentencias Tribunal Supremo 8 de octubre 2001 (recurso núm. 4403/2000) y 18 de junio 2011 (recurso núm. 2621/2010).

⁹⁷⁷ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*. Ob. cit. pág. 181.

vía de desarrollo o de estudio clínico o científico, de esta manera cumpliría la diligencia exigible. Debido a que los avances técnicos y tecnológicos avanzan más deprisa, introduciendo nuevos riesgos, que la ciencia y la medicina, el empresario deberá asumir la protección de sus trabajadores en cualquier tipo de riesgo, tanto si es real y cierto como si es futuro y potencial, porque no se puede esperar que se produzca la comprobación científica y la norma establezca la obligación, porque la vida y la integridad física de los trabajadores en las enfermedades profesionales tiene un valor mucho más exigente.

El empresario, de conformidad con los artículos 14 y 15 LPRL, deberá realizar una protección eficaz, como expresa LOPEZ GANDIA⁹⁷⁸, obligándole a adoptar el nivel superior de protección que le sea posible, evaluando los riesgos que no se puedan eliminar, adoptando las mejores opciones tanto desde el punto de vista técnico como organizativo, y siempre teniendo en cuenta la actividad empresarial y las actuaciones de los trabajadores⁹⁷⁹.

8.5. Precisiones específicas del deber de seguridad en la enfermedad profesional.

En el artículo 14.2 LPRL, en la redacción que se dio en la Ley 54/2003, se establecen una serie de concreciones del deber de seguridad, como expresa LOPEZ GANDIA⁹⁸⁰, donde se establece que el empresario deberá adoptar todas las medidas que sean necesarias para la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo.

⁹⁷⁸ LOPEZ GANDIA, J.: "Obligaciones de empresarios y trabajadores", en *Curso de prevención de riesgos laborales*, ob. cit. pág. 99.

⁹⁷⁹ Vid. PEREZ ALONSO, M.A.: "El derecho a la seguridad y salud de los trabajadores: aspectos prácticos del recargo de prestaciones", en *Lex social: revista de los derechos sociales* núm. 1-2015. págs. 117-126.

⁹⁸⁰ LOPEZ GANDIA, J.: "Obligaciones de empresarios y trabajadores", en *Curso de prevención de riesgos laborales*, ob. cit. pág. 101.

8.5.1. El plan de prevención.

Una finalidad importante en la normativa preventiva es evitar que las empresas improvisen en esta materia, por lo que el empresario tiene la obligación de elaborar un plan para implantar la organización de la gestión de la prevención de riesgos laborales. El plan de prevención, como expresa CARRERO DOMINGUEZ⁹⁸¹, es el mecanismo mediante el cual la actividad preventiva se integra en la empresa en un sistema de gestión en toda su estructura, estableciendo la política de prevención de riesgos laborales, y como establece el artículo 16.2 LPRL los instrumentos esenciales para la gestión y aplicación del plan de prevención son la evaluación de riesgos y la planificación de la prevención.

Para elaborar un plan de prevención se debe realizar previamente un análisis de la organización y características de la empresa, los datos de siniestralidad, como establece el artículo 3 RSP es el proceso dirigido a estimar la dimensión de los riesgos que no se han podido evitar, y recopilar información necesaria para que el empresario adopte las medidas preventivas.

En las enfermedades profesionales tiene mayor importancia el plan de prevención porque partiendo del supuesto de que los riesgos se conocen, como expresa CARRERO DOMINGUEZ⁹⁸², y que es muy posible que se desarrolle la enfermedad aunque no se conoce la fecha que aparecerá, mas aun si las enfermedades están listadas en el cuadro del RD 1299/2006, los tribunales exigen que el plan debe contemplar la posibilidad de actualizarlo tanto en las enfermedades profesionales catalogados como los riesgos potenciales que no están confirmados.

⁹⁸¹ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*. Ob. cit. pág. 183.

⁹⁸² CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*. Ob. cit. pág. 185.

Al artículo 16 LPRL se añadió un nuevo apartado 2 bis, en la Ley 25/2009, de 22 de diciembre, como expresa LOPEZ GANDIA⁹⁸³, donde cabe la posibilidad de que las empresas, en atención al número de trabajadores y a la naturaleza y a la peligrosidad de las actividades realizadas, podrán realizar, las mismas empresas, el plan de prevención de riesgos laborales, la evaluación de riesgos y la planificación de la actividad preventiva de forma simplificada, siempre y cuando no suponga una reducción del nivel de protección de la seguridad y salud de los trabajadores, y de conformidad con los términos que se establezcan reglamentariamente.

El RD 337/2010, de 19 de marzo, por el que se modifica el Reglamento de los Servicios de Prevención, se añade el apartado 4 al artículo 2 “las empresa de hasta 50 trabajadores que no desarrollen actividades del Anexo I podrán reflejar en un único documento el plan, la evaluación y la planificación de la actividad preventiva”, pero como describe CARRERO DOMINGUEZ⁹⁸⁴, este protocolo no podrá aplicarse a las enfermedades profesionales, tal y como se desprende de la lectura del artículo 2.4 RSP.

Dos son los componentes básicos en el plan de prevención de las enfermedades profesionales, consistentes en la declaración oficial de las mismas mediante el sistema informático CEPROSS y que la empresa establezca una documentación de prevención de riesgos laborales ordenada, cumpliendo con las exigencias documentales establecidas en el artículo 23 LPRL.

⁹⁸³ LOPEZ GANDIA, J.: “Obligaciones de empresarios y trabajadores”, en *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit. pág. 107.

⁹⁸⁴ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*. Ob. cit. pág. 186.

8.5.2. La evaluación de riesgos laborales.

En el año 1996 el INSHT, como expresa GOMEZ CANO⁹⁸⁵, se publicó un documento en el que se establecía “la evaluación de riesgos laborales es un proceso cuyo objetivo consiste en estimar la entidad de los riesgos que no se han podido evitar, para poder obtener la información necesaria y así la empresa estar en condiciones de tomar la decisión adecuada en relación a implantar medidas preventivas, y en caso de tomarlas, cual sería las medidas a adoptar.

Hay que destacar la importancia del cumplimiento por parte del empresario de evaluar los riesgos en materia preventiva, como describe CARRERO DOMINGUEZ⁹⁸⁶, y en concreto, en la enfermedad profesional es imprescindible la detección tempranamente, y la única manera de obtenerlo es la sensibilidad preventiva por los empresarios, y sobre todo en una adecuada evaluación de riesgos, porque es el mecanismo más importante para encontrar de manera anticipada los riesgos, y la opción de evitar las consecuencias reparadoras cuando ya se ha producido la enfermedad profesional.

De conformidad con la Directiva Marco 89/391 la evaluación de riesgos laborales, y como expresa LOPEZ GANDIA⁹⁸⁷, es el proceso de valoración del riesgo que entraña para la salud y seguridad de los trabajadores la posibilidad que se verifique un determinado peligro para la salud. Y de conformidad con el artículo 3 del RSP es el proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos que no se hayan podido evitar, y de esta manera se obtiene por el empresario la información necesaria para la adopción de medidas preventivas.

⁹⁸⁵ GOMEZ CANO, M.: *Documento informativo sobre evaluación de riesgos laborales*. INSHT 1996.

⁹⁸⁶ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*. Ob. cit. pág. 186.

⁹⁸⁷ LOPEZ GANDIA, J.: “Obligaciones de empresarios y trabajadores”, en *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit. pág. 104.

La evaluación de riesgos laborales la regula el artículo 16 LPRL, como describe CARRERO DOMINGUEZ⁹⁸⁸, es una actividad que consiste por una parte en recopilar datos o informaciones en relación a los riesgos, y por otra sirve de diagnóstico de la situación y de los posibles remedios. Tiene que analizar todos los riesgos que puedan derivarse de todos los factores o elementos productivos que puedan intervenir en la prestación de servicios. La evaluación de riesgos debe realizarse al inicio de la actividad de la empresa, o cuando el trabajador comience el desempeño de su trabajo, además deberá realizarse también cuando se adquieran nuevos equipos de trabajo, o cuando se utilicen nuevas sustancias; y deberá actualizarse cuando cambien las condiciones de trabajo, y cuando se hubiera ocasionado un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, pues la LPRL establece que se revise porque se ha producido un fracaso con la evaluación existente, siendo necesario proceder a su revisión para conocer los motivos del fracaso y, en su caso, adoptar las medidas necesarias para que el riesgo no vuelva a actualizarse.

Hay riesgos capaces de generar enfermedades profesionales, las reconocidas por el legislador en el cuadro del RD 1299/2006, existen distintas guías del INSHT para proceder a la evaluación de riesgos laborales, en el procedimiento, como describe CARRERO DOMINGUEZ⁹⁸⁹, se trata de responder a las cuestiones de por qué se va a evaluar, qué se desea evaluar y con qué objetivos se evalúa. En las enfermedades profesionales es esencial el nexo causal entre el riesgo y la enfermedad profesional, y para identificarla se debe conocer el agente, debe existir un agente causal en el ambiente o en especiales condiciones de trabajo y que resulte potencialmente lesivo para la

⁹⁸⁸ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. págs. 186-187.

⁹⁸⁹ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*. Ob. cit. págs. 186-187.

salud, es condición “sine qua non” que el trabajador esté expuesto al agente o a la condición del trabajo que posibilita la producción del daño, y que se encuentre en la lista del RD 1299/2006. Por tanto la evaluación de riesgos permitirá identificar la enfermedad profesional que pueda producirse, si bien con diferente probabilidad dependiendo del nexo causal.

Desde el punto de vista preventivo, habrá que investigar las causas de las enfermedades profesionales, que aportará una información importante en la evaluación de riesgos.

8.5.2.1. La evaluación de riesgos específicos.

En materia de prevención de riesgos de las enfermedades profesionales no hay una normativa única de aplicación, sino que deriva de la LPRL, la normativa de desarrollo y las normas reglamentarias de protección de la salud, frente a riesgos específicos, como el RD 1299/2006 por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales.

8.5.2.1.1. La evaluación de riesgos específicos, riesgos químicos.

En el RD 1299/2006 las sustancias o agentes químicos están recogidos fundamentalmente en el grupo I, que recoge las enfermedades profesionales causadas por agentes químicos pero, como expresa MORENO CALIZ⁹⁹⁰, también en el grupo 2 relativo a enfermedades profesionales causadas por agentes físicos, grupo 5 referente a las enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados, y también enfermedades profesionales del grupo 6 donde se encuentran las enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos.

⁹⁹⁰ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 37.

La evaluación de riesgos que derivan de la utilización de agentes químicos está regulada en el RD 374/2001 de 6 de abril, modificado por el RD 374/2015 de 3 julio, sobre la protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos químicos durante el trabajo, en la Guía Técnica de evaluación de riesgos en el sector químico del INSHT y en la norma UNE-EN 689 que, como describe CARRERO DOMINGUEZ⁹⁹¹, facilitan los criterios e indicaciones para la evaluación de la exposición y para comprobar si las condiciones de la misma han cambiado, utilizándose mediciones periódicas que muestren que las condiciones han cambiado.

Por tanto, para poder prevenir es indispensable conocer, las acciones nocivas de determinados productos, como expresa MORENO CALIZ⁹⁹², si se desconocen las consecuencias de las sustancias que se utilizan. Así, en el RD 363/1995 de 10 de junio, en la última revisión es de 2 de septiembre 2017, que aprueba el Reglamento sobre notificación de sustancias nuevas y clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, y según el artículo 2 se entiende por sustancias peligrosa “los elementos químicos y sus compuestos en estado natural, o los obtenidos mediante cualquier procedimiento de producción, incluidos los aditivos para conservar la estabilidad del producto y las impurezas que resulten del procedimiento utilizado, excluidos los disolventes que puedan separarse sin afectar la estabilidad ni modificar la composición”.

En el Anexo III del RD 363/1995, como expresa MORENO CALIZ⁹⁹³, se concreta la naturaleza de los riesgos específicos que se atribuyen a las sustancias y preparados peligrosos, se asigna a la combinación de una letra y dos números un significado de peligro concreto, se listan un total de 64

⁹⁹¹ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*. Ob. cit. págs. 186-187.

⁹⁹² MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*, ob. cit. pág. 38.

⁹⁹³ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*, ob. cit. pág. 38.

categorías, como está consignado en la etiqueta permitirá identificar el riesgo o peligro asociado a una sustancia o producto: desde R1 hasta R64.

8.5.2.1.2. La evaluación de riesgos específicos, riesgos físicos, ruido y radiaciones.

No existe una normativa única y específica para los agentes físicos, incluidos en el grupo 2, como son las radiaciones, vibraciones o el más conocido, como describe CARRERO DOMINGUEZ⁹⁹⁴, el ruido, siendo los efectos de éste último para la salud de los trabajadores de los más estudiados, porque la pérdida de audición es la enfermedad más frecuente.

La evaluación de los riesgos físicos como el ruido y las radiaciones ionizantes cuentan con una normativa propia y específica de prevención de riesgos laborales, como expresa MORENO CALIZ⁹⁹⁵. El RD 286/2006, de 10 de marzo, sobre medidas de protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de su exposición al ruido, incorpora entre las distintas obligaciones del empresario la evaluación de la exposición de los trabajadores al ruido, debiendo en primer lugar realizar una evaluación que consistirá en medir los niveles de ruido, describiendo una lista de situaciones encaminadas a evitar o reducir la exposición, artículo 4. Pero la evaluación debe basarse en la medición de los niveles de ruido que estén expuestos los trabajadores, de conformidad con lo dispuesto en LPRL y el RSP.

Los métodos de evaluación del ruido, según se establece en los Anexos II y III del RD 286/2006, deben tener en cuenta las características del ruido que se proceda medir, la duración de la exposición, los factores ambientales y

⁹⁹⁴ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 190.

⁹⁹⁵ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*, ob. cit. pág. 42.

las características de los instrumentos de medición, las mediciones deberían realizarse en ausencia del trabajador afectado.

En cuanto a la exposición al riesgo relacionado con las radiaciones ionizantes, la Ley 15/1980, de 22 de abril, reformada por la Ley 33/2007, de 7 de noviembre, parte no solo de la protección contra radiaciones ionizantes de las personas profesionalmente vinculadas a actividades de índole nuclear, como expresa MORENO CALIZ⁹⁹⁶, sino también a terceras personas y resto de seres vivos que puedan verse afectados por estas radiaciones, esta Ley creó el Consejo de Seguridad Nuclear como único organismo competente en materia de seguridad nuclear y protección radiológica.

Por otra parte también es de aplicación el RD 783/2001, de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra las radiaciones ionizantes, estableciendo como principio fundamental de prevención, tanto restringir el número de personas que se expongan a las radiaciones, como limitar las dosis individuales y colectivas de exposición al peligro de radiaciones. Se debería realizar una clasificación de los trabajadores profesionales que estén expuestos, categoría A y B, dependiendo de que la exposición se produzca de manera efectiva, o sea poco probable a determinadas dosis radiológicas, y también se deberán clasificar los lugares de trabajo en diferentes zonas, que deberá estar delimitada y ser de permanencia limitada. La periodicidad de la evaluación de las dosis recibidas por los trabajadores expuestos, las dosimetrías, cuando las condiciones de trabajo sean normales se realiza mensualmente.

El RD 299/2016, de 22 de julio, sobre protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra riesgos relacionados con la exposición a

⁹⁹⁶ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*, ob. cit. pág. 43.

campos electromagnéticos que, como expresa PEREZ ALONSO⁹⁹⁷, ha constituido un avance en la protección de los trabajadores en éstos riesgos, es un RD de desarrollo de la LPRL, es una adaptación de la Directiva 2013/35/ de la Unión Europea.

También habrá que incluir en los agentes físicos, las patologías o enfermedades profesionales provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos incluidas en el grupo 2, agentes C, D, E, F y G del RD 1299/2006, aunque, como expresa MORENO CALIZ⁹⁹⁸, no están reconocidas de manera expresa y con la misma denominación que establece la normativa preventiva.

La Directiva 90/269 CEE de 29 mayo, establece las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores. La trasposición al Derecho Español del contenido de esta Directiva procedió mediante el RD 487/1997 de 14 abril, que reconoce la obligación empresarial de evaluar los riesgos que entrañen la manipulación de cargas, de conformidad con los criterios definidos en el Anexo según factores.

8.5.2.1.3. La evaluación de riesgos específicos, riesgos biológicos y cancerígenos.

La normativa específica que regula la evaluación de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos y cancerígenos durante el trabajo, emana en desarrollo de la LPRL, siendo del RD 664/1997, 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, y el RD 665/1997, de 12 de

⁹⁹⁷ PEREZ ALONSO, M.A.; "Campos electromagnéticos, electrosensibilidad, un riesgo para la salud de los trabajadores" en Revista de la Seguridad Social núm. 9-2016.

⁹⁹⁸ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 46.

mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.

A pesar de que las disposiciones en materia de enfermedad profesional, reconocían los daños que ocasionaban determinados agentes biológicos y cancerígenos en determinados trabajos, como expresa MORENO CALIZ⁹⁹⁹, pero no existía con anterioridad a estas normas, en nuestro Ordenamiento Jurídico normativa específica de estos riesgos. Por tanto determinadas patologías que se recogen en el cuadro de enfermedades profesionales, se ha dispensado la reparación del daño derivado de la enfermedad profesional, pero no han tenido estas enfermedades, en materia preventiva, un tratamiento normativo propio.

La evaluación de riesgos biológicos, según lo establecido en el RD 664/1997, como expresa MORENO CALIZ¹⁰⁰⁰, debe ir dirigida a determinar cuál es la naturaleza, el grado y la duración que los trabajadores van a estar expuestos, de igual forma habrá que tener en cuenta la posibilidad que se produzca un efecto combinado que pueda tener la acción de varios agentes biológicos presentes.

La evaluación de riesgos cancerígenos o mútagenos, de conformidad con lo establecido en el RD 665/1997, modificado por RD 1124/2000 de 16 junio, por RD 349/2003 de 21 marzo y por RD 598/2015 de 3 julio, como expresa MORENO CALIZ¹⁰⁰¹, se reconoce que la finalidad de la evaluación de los riesgos cancerígenos determina la naturaleza, el grado y la duración de la exposición de los trabajadores, además el empresario deberá tener presente tanto el tipo de exposición al riesgo, es decir las vías de entrada del agente

⁹⁹⁹ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*, ob. cit. pág. 44.

¹⁰⁰⁰ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*, ob. cit. pág. 45.

¹⁰⁰¹ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*, ob. cit. págs. 45-46.

cancerígeno al organismo, como los posibles efectos sobre la seguridad y salud de los trabajadores especialmente sensibles.

8.5.3. La planificación de la actividad preventiva.

A partir de la evaluación de riesgos se delimitará, como expresa LOPEZ GANDIA¹⁰⁰², las medidas preventivas que hay que adoptar, en qué puestos de trabajo concretos, y de igual manera cuando del resultado de la evaluación se desprendiera la necesidad, el empresario deberá realizar controles periódicos de las condiciones de trabajo y de la actividad de los trabajadores en la prestación de sus servicios, para poder localizar situaciones que puede ser potencialmente peligrosas. Por tanto, si de los resultados de la evaluación se evidenciara situaciones de riesgo, es obligación del empresario realizar las actividades preventivas necesarias para eliminar o reducir y controlar tales riesgos. Estas actividades son el objeto de la planificación de la actividad preventiva por el empresario, y deberá incluir para cada actividad el plazo que se llevará a efecto, la designación de responsables y los recursos, tanto materiales como humanos, que resultan necesarios para su ejecución, según lo establecido en el artículo 16.2 LPRL. De igual forma, el empresario deberá tener la certeza de que se ejecutan las actividades preventivas incluidas en la planificación, y para ello deberá realizar un seguimiento continuo, y cuando aprecie el empresario que la planificación no sea adecuada a los fines de protección requeridos, según los controles periódicos, podrá modificarla.

Para las enfermedades profesionales, debe realizarse una planificación buena, como describe CARRERO DOMINGUEZ¹⁰⁰³, la cual debe contener los

¹⁰⁰² LOPEZ GANDIA, J.: "Obligaciones de empresarios y trabajadores", en *Curso de prevención de riesgos laborales*, ob. cit. pág. 105.

¹⁰⁰³ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 192.

controles de las medidas preventivas de manera periódica, los plazos de revisión de la salud de los trabajadores, los tiempos de formación e información de los trabajadores, también puede alertar de la aparición o no de la enfermedad, y si ya constaba su declaración permitirá poder llevar a cabo las actuaciones preventivas pertinentes o reparadoras que sean necesarias. Tanto la alerta como la detección precoz es lo más relevante, dependiendo de ello que el trabajador quede protegido debidamente desde todas las perspectivas.

8.5.4. La obligación de información al trabajador.

A fin de cumplir con el deber de protección, según establece el artículo 18 LPRL, el empresario deberá adoptar las medidas oportunas para que los trabajadores reciban todas las informaciones necesarias, este artículo, como expresa LOPEZ GANDIA¹⁰⁰⁴, es la trasposición de los artículos 10 y 11 de la Directiva Marco 89/341. Así, el empresario debe informar a los trabajadores de los riesgos laborales generales de la empresa y de los específicos de cada puesto de trabajo o funciones, de las medidas y actividades de protección y prevención aplicables a los riesgos y, de las medidas que se adopten para situaciones de emergencia.

La finalidad de la obligación de la empresa de informar es doble, por una parte para que el trabajador pueda conocer realmente los riesgos que derivan de su trabajo, conocer sus efectos y consecuencias para garantizar el uso de los medios de protección; y por otra parte, para asegurar la consulta y participación de los trabajadores en la adopción de decisiones en materia preventiva por la empresa.

¹⁰⁰⁴ LOPEZ GANDIA, J.: "Obligaciones de empresarios y trabajadores", en *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit. pág. 110.

El artículo 22 LPRL establece con carácter general que el convenio colectivo debe precisar el alcance, contenido, procedimiento y las vías mediante las cuales se concretara el deber de información.

En las enfermedades profesionales, el deber de informar al trabajador tiene una especial importancia, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰⁰⁵, porque el trabajador debe conocer los riesgos a los que se va a afrontar, cuales son las consecuencias que derivan para su salud y las medidas que se van a adoptar para evitarlos o minimizarlos. Se considerará una buena obligación de informar cuando la empresa haya realizado una buena evaluación de riesgos, haya elaborado la planificación de la prevención y cuente con el Plan de prevención.

El primer momento de informar debe realizarse al inicio de la relación laboral o a la exposición de los riesgos, para que el trabajador tenga conocimiento, se le forme y se realice la vigilancia de la salud y, porque es cuando la empresa conoce las circunstancias de salud del trabajador para poder proporcionar las medidas de seguridad. Si el trabajador tuviera alguna predisposición clínica a padecer determinadas enfermedades deberá informarlo.

El deber de información del empresario es importante porque solamente cuando el trabajador conoce los riesgos y los efectos de los mismos, aparece la necesidad de que tenga que comunicar cual es su estado de salud, en concreto aquellas patologías que puedan alterarse o incurrir en adquirir una enfermedad profesional.

¹⁰⁰⁵ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 193.

8.5.5. La obligación de formación al trabajador.

El empresario tiene la obligación de garantizar la formación adecuada a los trabajadores para protegerlos frente a los riesgos laborales. Esta obligación se encuentra regulada en el artículo 19 LPRL y como expresa LOPEZ GANDIA¹⁰⁰⁶, esta norma es una concreción del artículo 14.1 LPRL, del convenio núm. 155 de la OIT y de la Directiva Marco 89/391. La formación ha de ser suficiente y adecuada, es una obligación de resultados, y tiene que ser personalizada, ha de adaptar los contenidos formativos a las características de cada trabajador según el puesto de trabajo que desempeñe, y en particular cuando se trate de trabajadores especialmente sensibles y cuando se trate de trabajadores temporales.

La formación es una obligación importante para la enfermedad profesional, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰⁰⁷, porque el trabajador tiene que informarse para saber cómo utilizar un equipo de trabajo y, también, como tienen que realizar su trabajo para que no le genere ningún riesgo de enfermedad y para tener conocimiento de todos los aspectos de exposición a los agentes y a las actividades de riesgo. Es muy importante, y hay que tener en cuenta, la evaluación de riesgos, porque le proporcionara la información necesaria a la empresa.

La formación en los supuestos de enfermedad profesional se realizará al inicio de la relación laboral y con posterioridad de manera periódica, dependiendo del agente o factor de peligro de que se trate y el alcance de las consecuencias sobre la salud del trabajador, cuando se produzcan cambios en la organización o puesto de trabajo, pero sobre todo cuando haya verificación médica o científica, o indicios de que las medidas adoptadas deben cambiarse

¹⁰⁰⁶ LOPEZ GANDDIA, J.: "Obligaciones de empresarios y trabajadores", en *Curso de prevención de riesgos laborales*, ob. cit. pág. 111.

¹⁰⁰⁷ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. págs. 195-196.

porque existe riesgo de que aparezca una enfermedad profesional, por lo que habría que actualizar la formación.

La normas que regulan la protección de los trabajadores sobre los riesgos catalogados como generadores de enfermedad profesional, como pueden ser riesgos cancerígenos, riesgos químicos, riesgos biológicos, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰⁰⁸, se especifica en las mismas cuando debe darse la formación y cuál es el contenido, porque no será igual cuando se trate de manipular agentes biológicos, o cuando la exposición sea a otros agentes.

Por otra parte, en relación a los riesgos emergentes agropecuarios que están relacionados con el uso de abonos y fertilizantes, insecticidas y pesticidas, es necesario reforzar las medidas preventivas, como expresa FERNANDEZ DE PALENCIA y ROCA¹⁰⁰⁹, proporcionando una adecuada formación tanto a trabajadores como a empresarios, además deben estar concienciados ambos en la aplicación de las medidas preventivas que han adquirido en la formación, junto al uso y mantenimiento de los Equipos de Protección Individual y, por sustituir, siempre que sea posible el uso del producto altamente peligroso por otro de mayor seguridad y menor toxicidad.

8.5.6. La obligación de documentación.

Tal y como establece el artículo 23 LPRL, se impone al empresario estar obligado a elaborar y conservar a disposición de la autoridad laboral una serie de documentos: a) el plan de prevención de riesgos laborales; b) la evaluación

¹⁰⁰⁸ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 197.

¹⁰⁰⁹ FERNANDEZ DE PALENCIA y ROCA, A.: "Los riesgos emergentes" en (Dircs. TOSCANI GIMENEZ, D y ALEGRE NUENO, M.) *Análisis práctico de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit. págs. 100-101.

de los riesgos para la seguridad y salud en el trabajo; c) planificación de la actividad preventiva, medidas y material de protección; d) practicar los controles del estado de salud de los trabajadores y las conclusiones de las mismas; e) relación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que hayan causado al trabajador una incapacidad laboral superior a un día de trabajo. Esta documentación también deberá ser puesta a disposición de las autoridades sanitarias, como establece el artículo 10 LPRL, para que puedan adoptar las medidas adecuadas para elaborar y controlar las actuaciones de carácter sanitario que realicen las empresas por los servicios de prevención, y a disposición de los representantes de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales, artículo 36.2 LPRL.

Para las enfermedades profesionales, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰¹⁰, el empresario debe reservar y conservar todos los documentos de declaración, registro y notificación de las mismas y ponerlos a disposición de las autoridades, de manera especial las sanitarias, la Orden TAS 1/2007 establece el modelo de parte de enfermedad profesional, y la Disposición Adicional 2ª del RD 1299/2006 se aplica a la documentación, registro y análisis de las enfermedades profesionales, estableciendo “en la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales existirá una unidad administrativa encargada de recoger y analizar la documentación relativa a las enfermedades profesionales”. Es importante destacar la importancia del registro porque muestra la información que puede ser concluyente cuando se proceda a declarar una enfermedad del trabajador como enfermedad profesional, porque hay enfermedades que tienen un periodo de aparición prolongado, cuando el trabajador este expuesto a determinados agentes cancerígenos, o la enfermedad se manifiesta cuando el trabajador haya cambiado de trabajo, o

¹⁰¹⁰ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 197.

haya fallecido, o haya desaparecido la empresa donde el trabajador prestaba sus servicios causantes de la patología profesional. Así, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰¹¹, se debería de articular un registro, que preferentemente debería ser público, donde se depositara la documentación que confirmará los puestos de trabajo que se han ocupado, del tiempo desarrollando actividades con exposición a agentes peligrosos que puedan ocasionar enfermedades profesionales, así como los resultados de la vigilancia de la salud. De conformidad con el artículo 23 LPRL y el RD 1299/2006 en relación a la vigilancia de la salud hay unos documentos que también deben conservarse, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰¹², siendo los siguientes: a) la confección de los informes colectivos de salud que describan los resultados de los análisis de salud que se elaboren como consecuencia de los análisis de los datos que se recojan durante la vigilancia médica individual, estos informes colectivos de salud deberán realizar un estudio comparativo entre la situación actual y los informes anteriores; b) el registro de todas las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo que hayan originado al trabajador una incapacidad laboral superior a un día de trabajo, también se incluirán en este registro la enfermedades relacionadas con el trabajo; c) también habrá que documentar la comunicación de enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales.

Por otra parte, hay empresarios que consideran que la LPRL se cumple solo rellenando la documentación, como expresa MERCADER UGUINA ¹⁰¹³, aunque no se garantice la seguridad y salud de los trabajadores, motivo por el que ha dado lugar a la denominada “falsa prevención”, donde las empresas

¹⁰¹¹ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 199.

¹⁰¹² CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 199.

¹⁰¹³ MERCADER UGUINA, J.R.: “La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, veinte años después”, en *Revista de Información Laboral* núm. 8/2015. BIB 2015/4321.

solo con mantener “los papeles en orden” se consideran seguras. El hecho de que el sistema preventivo este tan burocratizado supone un menoscabo de que se implante de manera eficiente, y la simple constancia documental no garantiza la eficacia de la prevención.

De conformidad con la encuesta ESENER, realizada por la Agencia Europea¹⁰¹⁴, demuestra que España es uno de los países de la Unión Europea que más evaluaciones de riesgos realiza, ocupando el sexto lugar, en cambio, es uno de los que en menor medida se asume esta tarea con medios internos de la empresa, por lo que como describe MERCADER UGUINA ¹⁰¹⁵, habría que eliminar el sentido de una cultura someramente cosmética de la prevención.

8.5.7. Equipos de trabajo y obligación de aportar equipos de protección.

El Convenio número 155 de la OIT, de 22 de junio 1981, ratificado por España el 26 de julio 1985, en el artículo 16.3 establece la obligación de los empresarios a suministrar a los trabajadores ropas y equipos de protección apropiados, a fin de prevenir los riesgos de accidentes o de efectos perjudiciales para la salud.

En el ámbito de la Unión Europea la Directiva 89/656, de 30 de noviembre, establece las disposiciones mínimas de seguridad y de salud para la utilización por los trabajadores en el trabajo de equipos de protección individual. Mediante el RD 773/1997 de 30 de mayo se procede a la transposición al Derecho español del contenido de la Directiva 89/656.

¹⁰¹⁴ <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/esener-ii-first-findings.pdf>

¹⁰¹⁵ MERCADER UGUINA, J.R.: “La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, veinte años después”, en *Revista de Información Laboral* núm. 8/2015. BIB 2015/4321.

Los equipos de trabajo son, de conformidad con artículo 4.6 LPRL y artículo 2 del RD 1215/1997¹⁰¹⁶, cualquier máquina, aparato o instrumento o instalación que se utilice en el trabajo, como expresa LOPEZ GANDIA¹⁰¹⁷, el empresario está obligado a garantizar que los equipos de trabajo sean adecuados para garantizar la seguridad y salud en el trabajo, por lo que solo deberá utilizar los equipos de trabajo que cumplan los requisitos establecidas en leyes y reglamentos y sobre todo el RD 1215/1997, determina que cuando se presenten riesgos a los trabajadores deberá encargar tanto el manejo de los mismos, como la reparación, mantenimiento y conservación a los trabajadores que tengan una capacitación especial. El empresario deberá tener en cuenta los principios ergonómicos en el diseño del puesto de trabajo y, la posición adecuada que deben estar los trabajadores mientras utilicen el equipo de trabajo.

Como establece el artículo 17.2 LPRL “el empresario deberá proporcionar a sus trabajadores equipos de protección individual adecuados para el desempeño de sus funciones”, y por tanto, en relación a las enfermedades profesionales el empresario tiene una obligación preventiva importante, son los equipos de protección, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰¹⁸, porque supone uno de los principales medios de prevención. Los equipos de protección se pueden distinguir entre equipos de protección colectiva y equipos de protección individual, según la finalidad sea proteger a un colectivo de trabajadores o los que tienen por finalidad proteger al trabajador

¹⁰¹⁶ Transposición de la Directiva 89/655 CEE del Consejo de 30 noviembre 1989 relativa a disposiciones mínimas de Seguridad y Salud para la utilización por los trabajadores de equipos de trabajo (segunda Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391 CEE), y la Directiva 89/656 CEE del Consejo de 30 noviembre 1989 relativa a disposiciones mínimas de Seguridad y Salud para la utilización por los trabajadores en el trabajo de equipos de protección individual (tercera Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391 CEE),

¹⁰¹⁷ LOPEZ GANDIA, J.: “Obligaciones de empresarios y trabajadores”, en *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit. pág. 108.

¹⁰¹⁸ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 199.

individualmente, en este sentido el artículo 15.1.h) LPRL antepone la protección colectiva a la individual, porque suelen ser más eficaces los colectivos y causan menos perjuicios al trabajador.

El RD 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual, en el artículo 5 establece las condiciones que deben reunir los equipos de protección individual, debiendo proporcionar una protección eficaz, cumpliendo con los requisitos de seguridad, sin suponer por sí mismos nuevos riesgos para el trabajador, debiendo proporcionarse al trabajador gratuitamente, artículo 3 del RD 773/1997.

Para proceder a la elección de los equipos de protección el empresario deberá analizar y evaluar los riesgos que existen y que no pueden evitarse, y definir las características que deben reunir los mismos, según establece el artículo 6 del RD 773/1997. De este modo, teniendo en cuenta la naturaleza y magnitud de los riesgos que hay que proteger, hay que comparar las características de los distintos equipos de protección individual, que aparecen recogidas en los Anexos I a IV y contiene un conjunto de indicaciones para la evaluación de los posibles equipos, según la función de las partes del cuerpo a proteger¹⁰¹⁹, o de las actividades¹⁰²⁰.

Por otra parte, también hay destacar la importancia de que el empresario haga participe y colaborador a los trabajadores, como expresa CARRERO

¹⁰¹⁹ Protectores de la cabeza, protectores del oído, protectores de los ojos y la cara, protección respiratoria, protectores de manos y brazos, protectores de pies y piernas, protectores de la piel, protección total del cuerpo.

¹⁰²⁰ En la protección respiratoria refiere entre otros a trabajos en contenedores, en altos hornos, pintura a pistola, trabajos en pozos, canales y otras obras subterráneas, de alcantarillado. En las prendas y medios de protección de la piel, las actividades referidas a manipulación con revestimientos, productos o sustancias que puedan afectar a la piel o penetrar a través de ella. Trabajos de curtido.

DOMINGUEZ¹⁰²¹, para incentivarlo en la utilización de los equipos de protección individual. También es importante la vigilancia de la salud porque, por medio de los reconocimientos médicos, se detectaran los posibles problemas de salud, tanto actuales como futuros debido a que, en el caso de las enfermedades profesionales, la salud puede menoscabarse de manera lenta, y por tanto manifestarse con posterioridad, todo ello ayudara a elegir cuál es el equipo de protección individual dependiendo de los resultados clínicos del trabajador.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, La Coruña, de 25 de noviembre 2015 (recurso núm. 5218/2014) el trabajador fue declarado afecto de incapacidad permanente total derivada de enfermedad profesional, para su profesión de cantero, por padecer neumoconiosis simple, silicosis de segundo grado, se condena a las empresas porque “no proporcionaron los medios protección adecuados y adoptado las medidas de seguridad y prevención de riesgos, con independencia del tiempo de prestación de servicios, teniendo en cuenta que el trabajo en canteras es una ocupación que está sometida a un alto índice de exposición al sílice, las medidas de protección han de dispensarse durante todo el tiempo que el trabajador preste sus servicios en tales condicione, de acuerdo con la normativa vigente en cada momento y los riesgos conocidos, pues la relación causal entre el trabajo desarrollado y enfermedad profesional contraída por el trabajador, está fuera de toda duda, en cuanto que aquella se produce como consecuencia del desarrollo de la actividad o actividades expresamente delimitadas como productoras del tipo de enfermedad del que se trata y que está provocada por la acción de elementos y sustancias que se determinen para cada enfermedad”. En esta sentencia se establece el nexo de causalidad entre riesgo y daños para la salud, se cumplen los requisitos exigidos en el RD

¹⁰²¹ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 200.

1299/2006, pero por parte de la empresa no cumple con el “llamado deber de seguridad o deuda de seguridad, que nuestro ordenamiento jurídico establece en los artículos 4.2.d) y 19.1 del Estatuto de los Trabajadores, adoptar las medidas que fueren necesarias para la plena eficacia de la debida prevención de los riesgos que pueden afectar a la vida, integridad y salud de los trabajadores al servicio de la empresa.

8.6. Característica protectora de la enfermedad profesional: la vigilancia de la salud.

La enfermedad profesional, es una contingencia protegida pero que genera, unas situaciones de necesidad particular, como establece GARCIA ORTEGA¹⁰²², siendo su protección superior incluso al accidente de trabajo.

Con anterioridad a la LPRL ya se establecían normas en materia de prevención médica de la enfermedad profesional, como establece MORENO CALIZ¹⁰²³, porque la LGSS hereda las reglas de protección desde el ámbito preventivo de la década de los años 60, desde el ámbito preventivo, son ejemplos de estas normas los periodos de observación que se establece con la finalidad de realizar un diagnóstico definitivo de la enfermedad profesional, el traslado a un puesto de trabajo que esté exento de riesgo, cuya finalidad es evitar que la enfermedad profesional diagnosticada avance, o los reconocimientos médicos obligatorios antes del inicio de la prestación de servicios en un puesto de trabajo con riesgo de enfermedad profesional.

¹⁰²² GARCIA ORTEGA, J.: “La enfermedad profesional” en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesionales*, ob. cit. pág. 304

¹⁰²³ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*, ob. cit. pág. 47.

Con carácter general el artículo 21 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, como expresa IGARTUA MIRO¹⁰²⁴, incluye dentro de la actuación sanitaria en el ámbito de la actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral la vigilancia de la salud de los trabajadores, con la finalidad de detectar precozmente e individualizar los factores de riesgo y deterioro que puedan afectar a la salud de los mismos, asimismo también es importante en orden a tener en cuenta los niveles de protección existentes y puede constituir un elemento esencial para determinar la aptitud psicofísica del trabajador o aspirante para el desempeño de una determinada actividad laboral.

De conformidad con el artículo 32 de Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, “la salud laboral tiene por objeto conseguir el más alto grado de bien estar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, promoviendo aspectos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo”, para obtener este objetivo, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰²⁵, se establece como mecanismo fundamental la obligación de la vigilancia de la salud.

8.6.1. Concepto de la vigilancia de la salud.

Una vez se ha realizado la evaluación de riesgos y se ha planificado la acción preventiva, el empresario está obligado a verificar y comprobar los

¹⁰²⁴ IGARTUA MIRO, M.T.: “Comentarios al artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Vigilancia de la salud, en *Comentarios a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*. Editorial Aranzadi 2010. BIB 2010/7008.

¹⁰²⁵ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 200.

resultados de estas actividades, como expresa LOPEZ GANDIA¹⁰²⁶, vigilando de manera periódica el estado de salud de los trabajadores, la influencia de los riesgos específicos del puesto de trabajo y su adecuación o no al mismo.

El artículo 22 LPRL relata la vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores en función de los riesgos inherentes, como establece MORENO CALIZ¹⁰²⁷, pero de la lectura del precepto se desprende que va asociada a los exámenes o reconocimientos médicos, pero no hay una definición de la vigilancia de la salud.

La OIT¹⁰²⁸ entiende la vigilancia de la salud de los trabajadores como un término genérico que abarca procedimientos e investigaciones para evaluar la salud de los trabajadores con vistas a detectar e identificar toda anomalía. Los resultados de esta vigilancia deberían utilizarse para la protección y promoción individual y colectiva de la salud en el lugar de trabajo, así como la salud de la población trabajadora expuesta a riesgos. Los procedimientos de evaluación de la salud pueden incluir aunque no limitarse a exámenes médicos, controles biológicos, evaluaciones radiológicas, cuestionarios, o un análisis de los registros de salud.

La regulación que contiene el artículo 22 LPRL y que desarrolla el Reglamento del Servicios de Prevención, plantea importantes problemas interpretativos, como expresa IGARTUA MIRO¹⁰²⁹, y genera considerables dudas cuando se lleva a la práctica, que probablemente sea debido a la toma de conciencia por parte del legislador de que se encuentra ante una medida

¹⁰²⁶ LOPEZ GANDIA, J.: "Obligaciones de empresarios y trabajadores", en *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit. pág. 115.

¹⁰²⁷ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 48.

¹⁰²⁸ Organización Internacional del Trabajo: *Principios directivos, técnicos y éticos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores*. Serie de Seguridad y Salud en el Trabajo, núm. 72, Ginebra, 1ª edición, OIT, 1998.

¹⁰²⁹ IGARTUA MIRO, M.T.: "Comentarios al artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Vigilancia de la salud, en *Comentarios a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*. Editorial Aranzadi 2010. BIB 2010/7008.

que va encaminada a tutelar el derecho a la salud pero que al mismo tiempo aparecen implicados importantes bienes personales del trabajador , en especial la dignidad, la libertad personal y el derecho a la intimidad, motivo por lo que se ha buscado una solución de compromiso, que respeta los derechos individuales, pero al mismo tiempo dando cabida a intereses generales, o incluso a una protección objetiva del trabajador. La regulación legal conecta con el artículo 14 LPRL, que al plantear la deuda de seguridad del empresario incorpora en su contenido la vigilancia de la salud, y por ello se plantea como garantía.

El empresario está obligado a garantizar la vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores, como establece el artículo 22 LPRL, “en función de los riesgos inherentes al puesto de trabajo”, esta recomendación, como expresa IGARTUA MIRO¹⁰³⁰, supone un primer límite al contenido de las pruebas médicas, se supera la visión de los reconocimientos genéricos y estandarizados, iguales para todos los trabajadores, centrándose en controles específicos , individualizados, y que deben tener relación y proporcionalidad con la presencia efectiva de determinados riesgos, y la posible repercusión sobre la salud de los trabajadores, que es lo que se pretende valorar.

Este concepto alcanza una multitud de actuaciones, como establece MORENO CALIZ¹⁰³¹, que van encaminadas a lograr la finalidad de una prevención eficaz de los riesgos. También pueden ser convenientes las encuestas específicas sobre la salud de los trabajadores, encuestas sobre factores de riesgos específicos, que se elaboran para conseguir tanto unos objetivos como la vigilancia de los riesgos en el trabajo y la elaboración de mapas de riesgos dirigidos a recopilar información sobre riesgos ya conocidos,

¹⁰³⁰ IGARTUA MIRO, M.T.: “Comentarios al artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Vigilancia de la salud, en *Comentarios a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*. Editorial Aranzadi 2010. BIB 2010/7008.

¹⁰³¹ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. págs. 48-49.

y también identificar nuevos factores desconocidos, que se encuentran presentes en el ambiente de trabajo y por tanto, justificarían una vigilancia individual de la salud. En consecuencia, los reconocimientos médicos sirven para identificar los problemas de salud presentes en los trabajadores en la empresa, mientras que la vigilancia de la salud supone una serie de actividades adicionales que complementan la medida o instrumento que es el reconocimiento médico al servicio de la prevención.

Por otra parte, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰³², el reconocimiento médico es, con toda seguridad, la actividad principal de la vigilancia de la salud aunque no es la única, por supuesto que las funciones propias de la Medicina del Trabajo son múltiples, entre ellas el desarrollo y aplicación de los protocolos específicos, muy importante en las enfermedades profesionales, la promoción de la salud, las campañas preventivas, la colaboración y coordinación e investigación en alertas epidemiológicas, la asistencia en urgencias y emergencias o la formación e información, como son los cursos de primeros auxilios en riesgos específicos, sobre prevención de enfermedades profesionales, accidentes de trabajo y enfermedades derivadas del puesto de trabajo o relacionadas con el medio laboral, o campañas informativas.

Para realizar la vigilancia de la salud se establecen protocolos, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰³³, que deben ser adecuados a la actividad y a los riesgos a los que se expone el trabajador. Para las enfermedades profesionales los protocolos deben ser más específicos, elaborándose mediante un plan secuencial, que deberá estar consensuado por especialistas, para poder obtener información en relación a los problemas de salud que estén

¹⁰³² CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 208.

¹⁰³³ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 209.

específicamente relacionados con los riesgos inherentes al puesto de trabajo, además estos protocolos deben garantizar que las actuaciones sean tanto homogéneas como rigurosas desde el punto de vista científico, y el listado de protocolos lo fija el Ministerio de Sanidad, por ejemplo existen protocolos sobre amianto, dermatosis laborales, asma, entre otros¹⁰³⁴.

El empresario tiene la obligación de desarrollar la vigilancia de la salud, como establece MORENO CALIZ¹⁰³⁵, y para ello debe realizar un programa cuya finalidad consista en marcar unos objetivos tanto individuales como colectivos. Los objetivos individuales persiguen la detección precoz de la alteración de la salud, y así poder actuar utilizando mecanismos para evitar la evolución natural de la enfermedad, y al mismo tiempo poder identificar que trabajadores presentan mayor sensibilidad a una enfermedad profesional; mientras que los objetivos colectivos radican en valorar el estado de salud de la comunidad, evaluar la eficacia de las medidas de prevención primaria¹⁰³⁶, o aportar datos para la evaluación de la exposición ambiental.

En conclusión, la vigilancia de la salud, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰³⁷, tiene como objetivo principal en las enfermedades profesionales descubrir de manera prematura los posibles daños a la salud, diagnosticar que trabajadores pueden ser declarados como especialmente sensibles según los riesgos a los que se exponen pudiendo generar enfermedades profesionales, y por tanto, proceder a la adaptación del puesto de trabajo de conformidad con los resultados del reconocimiento realizado.

¹⁰³⁴ <http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/vigiTrabajadores/protocolos.htm>

¹⁰³⁵ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 49.

¹⁰³⁶ La Organización Mundial de la Salud clasifica los niveles de prevención, nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria; la prevención primaria pretende evitar la aparición de las enfermedades, la prevención secundaria va encaminada a detectar la enfermedad en estado precoz, cuando es posible su tratamiento, y la prevención terciaria comprende las actuaciones dirigidas al tratamiento y la rehabilitación, mejorando la calidad de vida.

¹⁰³⁷ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 209.

8.6.2. Los reconocimientos médicos.

El deber de velar por la seguridad y salud de sus trabajadores, como establece GARCIA ORTEGA¹⁰³⁸, se concreta en la obligación que tienen aquellas empresas que tengan que cubrir puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales, a realizar un reconocimiento médico con carácter previo a la admisión de los trabajadores que tengan que ocupar, así como realizar reconocimientos médicos periódicos, según se establezca en las normas que dicte el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para cada tipo de enfermedad.

La obligación empresarial de realizar controles médicos a los trabajadores, como expresan DE SOTO RIOJA y FUENTES FERNANDEZ¹⁰³⁹, consiste en una de las mayores particularidades que reconoce la específica regulación de las enfermedades profesionales, si bien desde un punto de vista básicamente preventivo, tiene una repercusión incuestionable en el ámbito del contrato de trabajo, de tal modo que repercute en la propia capacidad para iniciar la relación jurídica laboral o ser parte de la misma, porque dependiendo del resultado del reconocimiento médico que se le haya practicado al trabajador condicionará la oportunidad de admitir al candidato al puesto de trabajo, incluso intervendrá limitando la libertad del empresario para elegir al trabajador que pretenda contratar.

Para las enfermedades profesionales el reconocimiento médico actúa como alerta ante los probables daños en la salud del trabajador, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰⁴⁰, cuando se encuentre expuesto a riesgos

¹⁰³⁸ GARCIA ORTEGA, J.: "La enfermedad profesional" en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob. cit. pág. 304.

¹⁰³⁹ DE SOTO RIOJA, S. y FUENTES FERNANDEZ, F.: "La enfermedad profesional desde la perspectiva laboral", en *Las Enfermedades Profesionales*, ob. cit. pág. 146.

¹⁰⁴⁰ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 208.

concretos, es importante que la detección sea preventiva o preclínica, consiguiendo que la enfermedad no se manifieste o que se disminuyan los efectos de la misma sobre la salud cuando se declare.

8.6.2.1. Los reconocimientos médicos. Normativa.

Por una parte, se aplica la normativa prevista en la LGSS artículos 243 y 244, como establece MORENO CALIZ¹⁰⁴¹, que regula los exámenes de salud de los trabajadores que estén expuestos al riesgo de enfermedad profesional. Este régimen específico de la vigilancia de la salud difiere del régimen jurídico general de la vigilancia de la salud y los reconocimientos médicos previstos en el artículo 22 LPRL y las normas reglamentarias de desarrollo incluidas en el Reglamento de los Servicios de Prevención.

Además, hay una serie de normas reglamentarias, que versan sobre reconocimientos médicos en materia de enfermedades profesionales que se dictaron en desarrollo del RD 792/1961, de 13 de abril, por el que se organiza el aseguramiento de las enfermedades profesionales y la Obra de Grandes Inválidos y Huérfanos de fallecidos por accidente de trabajo y enfermedades profesionales, como la Orden de 9 de mayo 1962, las Órdenes Ministeriales de 12 de enero 1963 y de 15 de diciembre 1965 que regulaban los reconocimientos médicos, diagnósticos y calificaciones de las enfermedades profesionales contienen normas acerca de los controles médicos.

Todas estas normas que se dictaron en desarrollo del Decreto 792/1961, como establece MORENO CALIZ¹⁰⁴², es derogado por el RD 1995/1978 que establece un nuevo cuadro de enfermedades profesionales; y por el actual RD 1299/2006.

¹⁰⁴¹ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 50.

¹⁰⁴² MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 51.

Por una parte, como establece GARCIA ORTEGA¹⁰⁴³, el artículo 38 de la OM de 9 de mayo 1962 contiene normas que complementan la materia de los reconocimientos médicos, por lo que cabe entender que están vigentes, el artículo 243.4 de LGSS establece que las disposiciones de aplicación y desarrollo determinaran los casos excepcionales que por necesidades de contratación se pueda conceder un plazo para realizar los reconocimientos médicos con posterioridad a la iniciación del trabajo y el artículo 38.4 de OM 9 de mayo 1962 establece que, en casos excepcionales, se concederá por la Entidad Aseguradora un plazo máximo igual al del periodo de prueba, que señale la correspondiente Reglamentación de Trabajo para la efectividad de estos reconocimientos.

Por otra parte, ni en la LGSS ni en la LPRL se concreta el plazo en el que se deben notificar los reconocimientos médicos, pero, como expresa MORENO CALIZ¹⁰⁴⁴, la Orden 9 de mayo 1962 establecía que las empresas obligadas a realizar los reconocimientos debían notificar a los trabajadores dentro de las 49 horas siguientes al resultado de los mismos, tanto si eran previos como periódicos, cuando el diagnóstico emitido fuera normal y útil para el trabajo, y estos resultados también debían ser anotados en la cartilla sanitaria del trabajador.

Por otra parte, las órdenes de 12 de enero 1963 y 15 de diciembre 1965 que contenían normas de carácter médico en relación al régimen de los reconocimientos previos y periódicos, diagnóstico y calificación de las enfermedades profesionales, como establece GARCIA ORTEGA¹⁰⁴⁵, sus normas eran muy restrictivas y estrictas que resultaban incompatibles con el

¹⁰⁴³ GARCIA ORTEGA, J.: "La enfermedad profesional" en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob. cit. pág. 304.

¹⁰⁴⁴ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 59.

¹⁰⁴⁵ GARCIA ORTEGA, J.: "La enfermedad profesional" en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob. cit. pág. 305.

nuevo RD 1995/1978, y por tanto debían considerarse incluidas en la disposición derogatoria del mismo, por cuanto se trataba de disposiciones complementarias al cuadro de enfermedades profesionales y lista de trabajo con riesgo de producirlas que deroga. Pero en cambio, como expresa GARCIA NINET¹⁰⁴⁶, se ha cuestionado en relación a esta normativa su vigencia y aplicación al ser complementaria de un Decreto que es derogado por el RD 1995/1978, pero la doctrina se manifiesta a favor de seguir aplicándola ante la falta de una normativa específica en la materia que la sustituya.

Ante la reforma producida por el RD 1299/2006, como expresa MORENO CALIZ¹⁰⁴⁷, parece ser que la duda sobre la vigencia de estas normas médicas llegue a su fin ya que se preveía la elaboración de normas de carácter médico.

Por su parte, como considera CARRERO DOMINGUEZ¹⁰⁴⁸, en relación a las medidas prioritarias en supuestos de enfermedad profesional se recogen unas normas antiguas, que plantean dudas de su vigencia como son la Orden 9 de mayo 1962 y el Decreto 792/1961 de 13 de abril, pero a pesar de su antigüedad los tribunales siguen aplicándolas como es el caso de la Sentencia del Tribunal de Justicia de Asturias de 21 de marzo 2014 (recurso núm. 464/2014) en este caso se reconoce al trabajador el derecho a percibir el subsidio regulado en el artículo 48.1 de la Orden 9 de mayo 1962 estableciendo “ en relación con el sentido y alcance de la normativa que se invoca como infringida ya tuvo ocasión de pronunciarse el Tribunal Supremo en su lejana Sentencia de 25 de junio 1981 (RJ 1981/2884) en términos de considerar que conforme al conocido aforismo “leges generales non debent extendi leges quae habent suam particularem provisionem” las leyes generales

¹⁰⁴⁶ GARCIA NINET, J.I.: “La incapacidad temporal” en AA.VV.: *La incapacidad temporal*. Madrid 1996. Editorial Tecnos. págs. 25-32.

¹⁰⁴⁷ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 59.

¹⁰⁴⁸ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 214.

no han de interferir aquellas otras que dictan disposiciones particulares, y en el supuesto contemplado existe una regla especial, el artículo 45.9 del Reglamento de Enfermedades Profesionales de 9 de mayo 1962, al regular la situación de los silicóticos, establece una disposición basada en principios de justicia y equidad, por cuanto, de una parte tiende a conservar en lo posible al trabajador silicótico el salario del puesto de origen”. En el mismo sentido, ya se habían manifestado las Sentencias del Tribunal Supremo de 21 de noviembre 1996 (recurso núm. 465/1996), de 27 de junio (recurso núm. 3521/1993) y 22 de diciembre 1994 (recurso núm. 3359/1993) y de 11 de junio 2001 (recurso núm. 457/1999), insisten en la plena vigencia de tales preceptos que establecen la triple posible alternativa: cambio de puesto, baja en la empresa u otros medios análogos.

8.6.2.2. Tipos de reconocimientos médicos: previos y periódicos.

Una demostración concreta del deber de seguridad de la empresa es velar por la salud y la seguridad de los trabajadores, como expresa GARCIA ORTEGA¹⁰⁴⁹, y dentro de este deber se establece que las empresas que tengan que cubrir puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales vienen obligadas a realizar reconocimientos médicos previos antes de admitir a los trabajadores que tengan que ocupar dichos puestos, y también deben realizar reconocimientos periódicos según establezca las normas que dicte el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

La Orden de 9 de mayo 1963 en el artículo 38 establecía la obligación de efectuar reconocimientos médicos de admisión a los puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales, como expresa MORENO CALIZ¹⁰⁵⁰. En los mismos términos se estableció en el artículo 190 en el Texto Articulado de

¹⁰⁴⁹ GARCIA ORTEGA, J.: “La enfermedad profesional”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 304.

¹⁰⁵⁰ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 58.

la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1966, en la LGSS de 1974, en el artículo 196 de la LGSS de 1994, y en la vigente LGSS, de 30 de octubre 2015, en el artículo 243 y 244. En cambio la LPRL en el artículo 22 desarrollado por el reglamento de los Servicios de Prevención, de 17 de enero 1997, en el artículo 4 se establece que en la evaluación inicial de riesgos se tendrá en cuenta la posibilidad de que el trabajador que lo ocupe sea especialmente sensible¹⁰⁵¹, pudiendo considerarse que inicial no es lo mismo que previo.

La finalidad de los reconocimientos médicos previos consiste en tener conocimiento del estado de salud del trabajador cuando va a incorporarse a la empresa, como expresa MORENO CALIZ¹⁰⁵², para poder determinar la posible sensibilidad al riesgo de enfermedad profesional y por consiguiente la aptitud del trabajador a desarrollar la actividad con riesgo. Pero el artículo 243.4 LGSS, con carácter excepcional, permite que se puedan realizar después de iniciado el trabajo, y por exigencias de hecho de la contratación laboral, en los casos que determinen las disposiciones de aplicación y desarrollo.

Las normas que regulan los reconocimientos médicos previos a los trabajadores, son normas especiales, en opinión de DE SOTO RIOJA y FUENTES FERNANDEZ¹⁰⁵³, que tienen una finalidad eminentemente preventiva, que se imponen al empresario en la LGSS artículos 243 y 244, en el marco del deber de vigilancia de la salud. Estas normas van dirigidas a evitar bien que aparezca una enfermedad profesional, o bien que se agrave una patología profesional que ya estuviera manifiesta. Desde el punto de vista estrictamente de la prevención y salud laboral, su protección se configura

¹⁰⁵¹ GONZALEZ ORTEGA, S.; APARICIO TOBAR, J.: *Comentarios a la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales*, Madrid 1996. Editorial Trotta. Consideran que los controles médicos a los que se refiere la LPRL deben ser previos a la contratación.

¹⁰⁵² MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 58.

¹⁰⁵³ DE SOTO RIOJA, S.; FUENTES FERNANDEZ, F.: "La enfermedad profesional desde la perspectiva laboral", en *Las Enfermedades Profesionales*, ob. cit. pág. 146.

como un legítimo derecho laboral reconocido en el artículo 4.2 d) del Estatuto de los Trabajadores, en el ámbito de la relación de trabajo, y en la contractualización que establece el Capítulo III de la LPRL donde se establece un auténtico deber del empresario, como principal deudor de seguridad, de proteger al trabajador a su servicio.

Los resultados de los reconocimientos previos a la contratación en el caso de las enfermedades profesionales, no pueden utilizarse para otros fines que no sean el control y vigilancia de la salud, como expresa MORENO CALIZ¹⁰⁵⁴, no pueden servir para realizar una selección de personal basándose en las condiciones de salud del individuo, por cuanto su finalidad es detectar las posibles alteraciones de la salud que no aconsejan que se asigne a esa persona a ese puesto de trabajo determinado. En este sentido, destaca la Sentencia del Tribunal Constitucional de 15 de noviembre 2004 (recurso núm. 1322/2000) que “el reconocimiento médico no es un instrumento del empresario para un control dispositivo de la salud de los trabajadores, como tampoco una facultad que se le reconozca para verificar la capacidad profesional o la aptitud psicofísica de sus empleados con un propósito de selección de personal o similar”. Resultaría ilegal utilizar los reconocimientos médicos para seleccionar a los trabajadores que fueran más calificados de soportar riesgos o ambientes nocivos, como describe SANCHEZ PEGO¹⁰⁵⁵ en vez de eliminar o reducir la peligrosidad, porque resulte más económico este sistema de selección que, en cambio, realizar una correcta adaptación del puesto de trabajo a la persona.

Como se ha indicado, las empresas que tengan que cubrir puestos de trabajo con riesgo de enfermedad profesional tienen la obligación de practicar un reconocimiento médico previo, pero según establece el artículo 243.3

¹⁰⁵⁴ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*, ob. cit. pág. 58.

¹⁰⁵⁵ SANCHEZ PEGO, F.: “La intimidad del trabajador y las medidas de prevención de riesgos laborales” en *Actualidad Laboral*, 1997-II.

LGSS las indicadas empresas no podrán contratar trabajadores que en dicho reconocimiento no hayan sido calificados como aptos para desempeñar el puesto de trabajo de que se trate, como expresan DE SOTO RIOJA y FUENTES FERNANDEZ¹⁰⁵⁶. El objeto es la prevención de la enfermedad profesional, pues debido a las características personales de salud el trabajador puede ser más propenso a contraerla, por tanto la norma puede actuar condicionando la contratación, porque ésta podrá realizarse o no, dependiendo de la valoración y del resultado del diagnóstico, por lo que impedirá que se contrate a quien sea declarado no apto. Esta prohibición de no contratar a quienes no superen el reconocimiento médico previo implica una considerable limitación a la facultad del empresario para contratar a su elección al candidato, que se encuentra incluido en el principio de libertad de empresa reconocido en el artículo 38 de la Constitución Española. Por tanto, esta facultad queda sujeta a los preceptos generales que resulten imperativos conforme al artículo 17.3 del Estatuto de los Trabajadores “el Gobierno podrá regular medidas de reserva, de duración o preferencia en el empleo que tengan por objeto facilitar la colocación de trabajadores demandantes de empleo”.

De todos modos, de conformidad con el artículo 244.1 LGSS, tanto la entidad gestora como las Mutuas Colaboradoras están obligadas, previamente a tomar a su cargo la protección por accidente de trabajo y enfermedad profesional del personal empleado en industrias con riesgo específico de esta última contingencia, a conocer el certificado médico previo a la contratación, debiendo constar documentalmente que tal obligación se ha cumplido.

El empresario también está obligado, como expresa GARCIA ORTEGA¹⁰⁵⁷, a vigilar periódicamente el estado de salud de los trabajadores,

¹⁰⁵⁶ DE SOTO RIOJA, S.; FUENTES FERNANDEZ, F.: “La enfermedad profesional desde la perspectiva laboral”, en *Las Enfermedades Profesionales*, ob. cit. pág. 147.

¹⁰⁵⁷ GARCIA ORTEGA, J.: “La enfermedad profesional”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 304.

por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada. El artículo 243.1 LGSS establece que las empresas están obligadas a realizar reconocimientos médicos periódicos a los trabajadores que ocupen puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales, y el artículo 244.1 LGSS dispone de la obligación que tienen la entidad gestora y las Mutuas Colaboradoras de conocer los resultados de los reconocimientos médicos periódicos.

Por tanto, con posterioridad a la admisión del trabajador en la empresa deben realizarse controles médicos con carácter periódico, como expresa MORENO CALIZ¹⁰⁵⁸, también se incluyen en estos periódicos aquellos que son iniciales a la exposición a un determinado riesgo de enfermedad profesional si una vez que se ha contratado a un trabajador, se le asigna a otro puesto de trabajo con riesgo profesional, por cuanto no es estática la vigilancia del estado de salud. La periodicidad de los controles médicos obligatorios se encuentra determinada en la normativa reglamentaria que, a tal efecto, apruebe el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, artículo 243.1 in fine LGSS.

Por su parte, la LPRL en el artículo 22 impone al empresario garantizar a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo. Este artículo es desarrollado por el Reglamento de los Servicios de Prevención, en el artículo 3.1.b) estableciendo la necesidad de controlar periódicamente el estado de salud de los trabajadores.

La obligación que establece el artículo 22 LPRL al empresario, supone un primer límite al contenido de las pruebas médicas, como expresa IGARTUA

¹⁰⁵⁸ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*, ob. cit. pág. 60.

MIRO¹⁰⁵⁹, resulta evidente que supera la percepción de reconocimientos genéricos y estandarizados, idénticos para todos los trabajadores, por lo que en concordancia con el nuevo planteamiento preventivo que deriva del texto legal, se debe centrar la atención en controles específicos, individualizados y que han de guardar la correspondiente relación y proporcionalidad con la presencia efectiva de determinados riesgos, pretendiendo valorar la posibilidad que influya sobre la salud de los trabajadores. De este modo, es necesario distinguir dos tipos de reconocimientos médicos, por una parte los genéricos, para los que no hay normativa reguladora y por otra, los específicos, forman parte de la vigilancia de la salud del trabajador, están regulados en la normativa sobre prevención de riesgos, el artículo 22, en el artículo 243 LGSS.

Para el desempeño de determinadas tareas se puede exigir una específica habilitación administrativa que para obtenerla sea necesaria la superación de pruebas físicas y la evaluación de la salud, así como para la concesión y mantenimiento de los permisos de conducción se exija someterse de manera periódica a un reconocimiento médico, pero estos no tienen la misma finalidad que los exámenes médicos referidos en el artículo 22 LPRL. La Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de enero 2019 (recurso núm. 4009/2016)¹⁰⁶⁰ distingue ambos reconocimientos al establecer “los reconocimientos médicos previstos en la LPRL están al servicio de la salud y la seguridad en la empresa y constituyen un instrumento para que el empresario pueda cumplir con su deber de proporcionar una protección eficaz en materia de seguridad y salud y del correlativo derecho de todos los trabajadores a obtener tal eficaz protección, mientras que los reconocimientos médicos para la renovación de los permisos de conducción no están de ninguna forma vinculados al desempeño de ningún concreto puesto de trabajo,

¹⁰⁵⁹ IGARTUA MIRO, M.T.: “Comentarios al artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Vigilancia de la salud, ob. cit. BIB 2010/7008.

¹⁰⁶⁰ En el mismo sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 7 de marzo 2018 (recurso núm. 42/2017)

no tienen por tanto en cuenta los riesgos laborales que pudieran concurrir, y no persiguen constatar la capacidad para el desempeño de una determinada actividad laboral”.

Con carácter general, se establece en el Reglamento de los Servicios de Prevención en el artículo 37, para los trabajadores expuestos a cualquier riesgo laboral que pueda generar daños para su salud los reconocimientos médicos postocupacionales, como expresa MORENO CALIZ¹⁰⁶¹, cuando finalicen la relación laboral se prolongará la vigilancia periódica del estado de salud del trabajador que haya estado expuesto a riesgos que, por la propia naturaleza sea necesario continuar con el control, este tipo de riesgos suelen ser aquellos que son capaces de generar enfermedades profesionales incluidas en el grupo 6 del RD 1299/2006, enfermedades causadas por agentes cancerígenos, por tanto los trabajadores expuestos a estos riesgos deben ser vigilados por las autoridades sanitarias para detectar a tiempo aquellas patologías, que debido a su naturaleza, se manifiestan transcurridos unos años después de su exposición a las sustancias o agentes enfermantes, de ahí la importancia de los reconocimientos médicos periódicos.

8.6.2.3. Los reconocimientos médicos. Obligatoriedad y voluntariedad.

De conformidad con el artículo 243 LGSS todas las empresas que hayan que cubrir puestos de trabajo con riesgo profesional deben realizar de manera obligatoria reconocimientos médicos previamente a la admisión de los trabajadores y a realizar los reconocimientos periódicos para cada tipo de enfermedad según se establezca en las normas.

Según se desprende de la norma, como expresa MORENO CALIZ¹⁰⁶², son obligatorios para la empresa y para el trabajador. Así, son obligatorios

¹⁰⁶¹ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 62.

¹⁰⁶² MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 52.

para el empresario que asume el deber de efectuarlos y asume el coste, y el trabajador no puede negarse a que se le realicen, artículo 243.2 LGSS “los reconocimientos serán a cargo de la empresa y tendrán el carácter de obligatorios para el trabajador”.

El artículo 38.1 de la Orden 9 de mayo 1962 ya reconocía el carácter obligatorio tanto de los reconocimientos médicos previos a la admisión de trabajadores, que tenían que ocupar puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales, como los exámenes periódicos. Estableciendo dicho artículo que “los reconocimientos serán obligatorios y gratuitos para los trabajadores”.

Asimismo, el artículo 19.2 del Estatuto de los Trabajadores, como expresa MORENO CALIZ¹⁰⁶³, establece que en materia de seguridad y salud el trabajador tiene la obligación de observar las medidas legales y reglamentarias que se establezcan, y cuando se incumple constituye una infracción laboral que podrá imponer el empresario dentro del poder disciplinario reconocido en el artículo 20 del Estatuto de los Trabajadores. Efectivamente el artículo 29 LPRL establece que para el caso de que los trabajadores incumplan las obligaciones en materia de prevención de riesgos “tendrá la consideración de incumplimiento laboral a los efectos previstos en el artículo 58.1 del Estatuto de los Trabajadores”, donde se regulan las faltas y sanciones de los trabajadores “según la graduación de las faltas y sanciones que se establezcan en las disposiciones legales o en convenio colectivo que sea aplicable”.

¹⁰⁶³ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 53. En el mismo sentido MERCADER UGUINA, J.R. y GARCIA-PERROTE ESCARTIN, I.: “Los reconocimientos médicos obligatorios en la doctrina reciente de los tribunales”, hay que tener presente la existencia de una serie de obligaciones del trabajador en el ámbito preventivo, al establecer el artículo 29.2 LPRL el deber de los trabajadores de cooperar con el empresario para que éste pueda garantizar unas condiciones de trabajo que sean seguras y no entrañen riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores.

La obligación de los reconocimientos médicos reconocida en la LGSS contrasta con la voluntariedad establecida en el artículo 22 LPRL, salvo excepciones legales, como expresa MORENO CALIZ¹⁰⁶⁴, como también se establecen en la Directiva 89/391 CEE de 12 de junio.

La LPRL establece como regla general, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰⁶⁵, el carácter voluntario de los reconocimientos médicos, lo que conlleva la necesidad de obtener el consentimiento del trabajador, por lo que solo se realizaran si acepta someterse de manera voluntaria a los mismos, pero también establece el artículo 22.1 LPRL del carácter voluntario “solo se exceptuaran, previo informe de los representantes de los trabajadores”, refiriéndose a los supuestos cuando los reconocimientos sean imprescindibles para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores, o para certificar que el estado de salud del trabajador es un peligro para el mismo o bien cuando esté establecido en una disposición legal en relación a riesgos específicos y a actividades de peligrosidad. De igual forma, la NTP- 471 sobre la vigilancia de la salud en la normativa de prevención de riesgos laborales establece las orientaciones generales sobre la interpretación, contenido y ejecución de esta obligación.

El artículo 22 LPRL, como expresa IGARTUA MIRO¹⁰⁶⁶, realiza un ponderable esfuerzo para intentar conciliar el derecho del trabajador a la vigilancia de la salud con otros derechos constitucionales ya mencionados, sentando una norma general, que en principio no admitía dudas: la voluntariedad de los controles médicos, “esta vigilancia solo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador preste su consentimiento”, de esta forma se

¹⁰⁶⁴ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 53.

¹⁰⁶⁵ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 214.

¹⁰⁶⁶ IGARTUA MIRO, M.T.: “Comentarios al artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Vigilancia de la salud, ob. cit.. BIB 2010/7008.

reconoce al trabajador la capacidad para decidir asumir el riesgo que implica su negativa al reconocimiento médico.

Por tanto, la voluntariedad supone que el empresario necesita del consentimiento del trabajador para poder llevar a cabo los reconocimientos, como expresa MORENO CALIZ¹⁰⁶⁷, porque están en juego derechos fundamentales de la persona como la intimidad y la dignidad del trabajador, porque éste no se ve desposeído de sus derechos por el mero hecho de ingresar en la empresa.

De conformidad con la normativa mencionada y según los criterios sentados por la Sentencia del Tribunal Constitucional 15 de noviembre 2004 (recurso de amparo núm. 1322/2000), como expresa GARCIA-PERROTE ESARTIN y MERCADER UGUINA¹⁰⁶⁸, se destacan, en los reconocimientos médicos, los siguientes caracteres o principios: a) el examen de una vigilancia periódica de la salud, y como norma general consentida, del estado de salud de los trabajadores en función de los riesgos inherentes a su actividad laboral; b) la voluntariedad de someterse a los reconocimientos médicos; c) hay situaciones tasadas donde resulta imprescindible realizar los exámenes médicos, limitándose de manera excepcional en esos casos la libre elección del trabajador; d) el principio de indispensabilidad de los exámenes y de la proporcionalidad al riesgo; e) es imprescindible el respeto del derecho a la intimidad, a la dignidad de la persona y a la confidencialidad de toda la información que tenga que ver con el estado de salud; f) el trabajador tiene derecho a conocer los resultados, hay una prohibición de utilizar los resultados, en materia de vigilancia de la salud, con fines discriminatorios o en perjuicio del trabajador; g) existe la prohibición de comunicar la información

¹⁰⁶⁷ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 53.

¹⁰⁶⁸ GARCIA-PERROTE ESCARTIN, I.; MERCADER UGUINA, J.: "Los reconocimientos médicos obligatorios en la doctrina reciente de los tribunales", en *Revista de Información Laboral* núm. 5/2017. Editorial Aranzadi. BIB 2017/11176.

que resulte, a menos que exista consentimiento expreso del trabajador; h) al empresario y a las personas u órganos con responsabilidad en materia de prevención solo se les puede transmitir las conclusiones que se derivan de las exploraciones, y solo con el objeto de poder realizar las funciones en materia preventiva.

8.6.2.3.1. Los reconocimientos médicos. El consentimiento previo.

La dignidad, que es la realización del libre desarrollo de la personalidad, la intimidad, consistente en el control de la propia persona para evitar la manipulación de otros, y la libertad, que supone la autonomía para elegir el propio bienestar en el trabajo, como expresan GARCIA SERRANO y PEDROSA ALQUEZAR¹⁰⁶⁹, suponen los tres pilares básicos del fundamento del consentimiento para someterse a un reconocimiento médico.

De igual forma, la conexión entre la voluntariedad y los derechos fundamentales es evidente, como expresan GARCIA NINET y VICENTE PALACIO¹⁰⁷⁰, así lo prueba el hecho de que el artículo 22. 1 LPRL establece la necesidad de que los representantes de los trabajadores emitan un informe previamente para poder aplicar el régimen excepcional de la obligatoriedad de los reconocimientos, con la finalidad de garantizar y resguardar estos derechos.

Estas interpretaciones siguen las directrices que la OIT¹⁰⁷¹ ha establecido en esta materia, como expresa MORENO CALIZ¹⁰⁷², en el sentido de entender que es necesario contar con el consentimiento informado y voluntario del

¹⁰⁶⁹ GARCIA SERRANO, A.; PEDROSA ALQUEZAR, I.: *Vigilancia de la salud de los trabajadores: aspectos clínicos y jurídicos de los reconocimientos médicos en el trabajo*. Madrid 1999. La Ley Actualidad, Biblioteca de Prevención de Riesgos Laborales.

¹⁰⁷⁰ GARCIA NINET, J.I. y VICENTE PALACIO, A.: "Derechos y obligaciones", en AA.VV. *Curso sobre prevención de riesgos laborales*. Castellón 1998. Universitat Jaume I.

¹⁰⁷¹ Organización Internacional del Trabajo: *Principios directivos, técnicos y éticos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores. Serie de Seguridad y Salud en el Trabajo*, núm. 72, Ginebra, 1ª edición, OIT, 1998.

¹⁰⁷² MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 53.

trabajador antes de proceder a realizar los controles médicos. El trabajador deberá conocer antes toda la información referente a cual es la finalidad de las pruebas médicas, que uso se van a dar a los resultados de los datos obtenidos, que consecuencias se van a producir tanto de la aceptación como del rechazo del mismo, y cuál es el procedimiento a seguir en el supuesto de no estar de acuerdo con las conclusiones de los exámenes.

Como no hay una previsión legal expresa sobre la forma que debe revestir el consentimiento, como expresa IGARTUA MIRO¹⁰⁷³, se podría interpretar que debía ser expreso y manifestado formalmente por escrito, pero también se admitiría el consentimiento que se preste de forma tácita, por el hecho de presentarse el trabajador en el lugar y fecha fijados para la vigilancia, aunque la doctrina no es uniforme respecto del consentimiento tácito.

En esta materia el Tribunal Constitucional, sentencia 15 de noviembre 2004 (Recurso Amparo núm. 1322/2000) se ha inclinado por una interpretación no restrictiva al considerar que, ni la LPRL ni la Constitución imponen como requisito del consentimiento la forma escrita. En principio, desde el punto de vista constitucional, será suficiente con justificar la voluntad real de someterse a la prueba médica, y esto en absoluto excluye la eficacia del consentimiento verbal o incluso de la realización de actos concluyentes que expresen dicha voluntad, pero no obstante señala que “todo ello sería sin perjuicio de los requisitos que eventualmente pueda establecer en la normativa infraconstitucional sobre la materia o de lo que cupiera decir en casos diversos al ahora analizado por afectación a otros derechos, de forma destacada, cuando las exploraciones supusiesen riesgos o inconvenientes, de notoria o previsible repercusión negativa sobre la salud del trabajador”. En el supuesto enjuiciado la voluntariedad se deriva al entregar la trabajadora las muestras de

¹⁰⁷³ IGARTUA MIRO, M.T.: “Comentarios al artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Vigilancia de la salud, ob. cit. BIB 2010/7008.

orina, “pero desde la perspectiva del derecho a la intimidad personal, lo anterior no es suficiente para considerar válido el consentimiento, ni para concluir que se respetaron los términos para los que fue otorgado”

Pero, en atención a los efectos que las posibles reclamaciones pudieran generar, lo más conveniente sería, como expresa IGARTUA MIRO¹⁰⁷⁴, exigir al trabajador una manifestación de voluntad que constara por escrito, aunque hay algún pronunciamiento judicial como la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid, de 29 de octubre 2008 (recurso núm. 1228/2008) que excluye esta exigencia porque considera que ni la LPRL establece ni la Constitución impone como requisito que el consentimiento se exprese en forma escrita, no puede la empresa “unilateralmente, ni en su caso a través de la negociación colectiva, dotar a los reconocimientos médicos de una caracterización contraria a las directrices de la Ley.

Hay que preservar la propia intimidad del trabajador, como expresan GARCIA-PERROTE ESARTIN y MERCADER UGUINA¹⁰⁷⁵, tanto la Directiva Comunitaria 89/391 como el artículo 22.1 LPRL recogen que la vigilancia de la salud a través de los reconocimientos médicos sólo se podrá realizar “cuando el trabajador preste su consentimiento”, es decir que será voluntaria y no de imposición obligatoria por el empresario, ya que en este sentido se expresa el segundo párrafo del artículo 22.1 LPRL, por lo que el trabajador será libre para decidir si se somete o no a los controles médicos, si permite, en su caso, exploraciones y analíticas sobre datos corporales. Pero, según se desprende del citado precepto, el derecho del trabajador cede ante el derecho a la salud del resto de trabajadores que les pueda repercutir el estado patológico de un

¹⁰⁷⁴ IGARTUA MIRO, M.T.: “Comentarios al artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Vigilancia de la salud, ob. cit. BIB 2010/7008.

¹⁰⁷⁵ GARCIA-PERROTE ESCARTIN, I.; MERCADER UGUINA, J.: “Los reconocimientos médicos obligatorios en la doctrina reciente de los tribunales”, en *Revista de Información Laboral* núm. 5/2017. Editorial Aranzadi. BIB 2017/11176.

compañero, y además el del empresario a conocer si existen enfermedades que puedan causar riesgos añadidos al puesto de trabajo y circunstancias de peligro para aquellos trabajadores que estén en relación con el trabajador enfermo, motivo por el cual el artículo establece las excepciones a la regla general de voluntariedad. La previsión establecida en la LPRL adapta a la salud laboral la lógica característica de la normativa sanitaria, que observa también los tratamientos médicos que son obligatorios, cuando se producen determinadas circunstancias, establecido en el artículo 9.2 de la Ley 41/2002, de 14 noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de obligaciones en materia de información y de documentación clínica.

8.6.2.3.2. El consentimiento previo: excepciones.

El artículo 22.1 párrafo segundo LPRL establece las excepciones a la voluntariedad y solo se producirá “previo informe de los representantes de los trabajadores, los supuestos en los que la realización de los reconocimientos médicos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad”.

El derecho del trabajador a proteger su intimidad personal, como expresan GARCIA-PERROTE ESARTIN y MERCADER UGUINA¹⁰⁷⁶, desiste en los siguientes supuestos: a) ante el derecho a la salud del resto de trabajadores que puedan afectarles el estado patológico de un compañero; b)

¹⁰⁷⁶ GARCIA-PERROTE ESCARTIN, I.; MERCADER UGUINA, J.: “Los reconocimientos médicos obligatorios en la doctrina reciente de los tribunales”, ob. cit. BIB 2017/11176.

ante el derecho del empresario a conocer la existencia de enfermedades que puedan ser capaces de causar riesgos añadidos al puesto de trabajo y; c) ante situaciones de peligro para todos los que se puedan relacionar con el trabajador enfermo. Estas excepciones son una adaptación al ámbito de la salud laboral de la normativa sanitaria, donde en el artículo 9.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se contemplan tratamientos médicos obligatorios cuando concurren determinadas circunstancias.

En estos supuestos antes de que el empresario adopte la decisión de someter a los trabajadores a los reconocimientos médicos, como expresa MORENO MARQUEZ¹⁰⁷⁷, debe consultar a los representantes de los trabajadores. Se trata de un trámite preceptivo, y si se incumple genera responsabilidad administrativa, de conformidad con el artículo 12.11 de LISOS, y constituye una infracción administrativa grave, pero la LPRL no establece la norma que regula como debe llevarse a cabo dicha consulta, pero hay que tener en cuenta que la consulta comprende un deber del empresario de informar a los representantes de los trabajadores sobre la cuestión que es objeto de evaluación médica, informar cuales son las razones que justifican la necesidad de someter a los trabajadores a reconocimiento médico.

Hay que tener presente que las excepciones que establece la LPRL deberán cumplir determinados requisitos para proceder a imponer un control médico, como expresan GARCIA-PERROTE ESARTIN y MERCADER UGUINA¹⁰⁷⁸, la Sentencia del Tribunal Supremo 28 de diciembre 2006 (recurso núm. 140/2005) establece que cuando actúan estas excepciones la

¹⁰⁷⁷ MORENO MARQUEZ, A.: "Riesgo de enfermedad profesional y reconocimientos médicos" en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 6-2011. Editorial Aranzadi. BIB 2011/1348.

¹⁰⁷⁸ GARCIA-PERROTE ESCARTIN, I.; MERCADER UGUINA, J.: "Los reconocimientos médicos obligatorios en la doctrina reciente de los tribunales", ob. cit. BIB 2017/11176.

obligatoriedad de los reconocimientos médicos se convierte en norma general, siempre y cuando la medida no se adopte de manera fraudulenta, y se respete el derecho a la intimidad, a la dignidad y a la confidencialidad, y que los datos relativos a la vigilancia de la salud no sean utilizados con fines perjudiciales para el trabajador, artículo 22.2 y 4 LPRL, y siempre que tengan por objeto vigilar el estado de salud de los trabajadores en función de los riesgos inherentes al trabajo, por lo que cuando se exceda en el objetivo del examen de salud de los trabajadores porque no concurre dicha finalidad o las circunstancias puntualizadas, salvo que se exprese el consentimiento de manera expresa individual del trabajador afectado podría constituir una intromisión ilegítima en el ámbito de la intimidad personal.

Hay una cuestión polémica en la doctrina respecto a las excepciones del principio de voluntariedad, como expresa TALENS VISCONTI¹⁰⁷⁹, radica en valorar si los convenios colectivos pueden establecer la obligatoriedad de los reconocimientos médicos. Algunos autores¹⁰⁸⁰ opinan que los convenios forman parte del concepto de disposición legal que prevé el artículo 22.1 LPRL. En cambio, otros autores, niegan que los convenios colectivos puedan establecer la obligatoriedad de los reconocimientos médicos fuera de los supuestos previstos en la ley laboral, porque imponer pruebas médicas afecta al derecho fundamental a la intimidad del trabajador y este es indisponible por la autonomía colectiva¹⁰⁸¹. La Sentencia del Tribunal Constitucional de 15 de noviembre 2004 (recurso núm. 1322/2000) resolvió esta disyuntiva al señalar que “el convenio colectivo no puede introducir en la regulación de los reconocimientos médicos elementos incompatibles con la protección que

¹⁰⁷⁹ TALENS VISCONTI, E. E.: “El régimen jurídico de los controles empresariales de detección de sustancias estupefacientes”, en *Análisis práctico de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit., págs. 330-331.

¹⁰⁸⁰ Vid. FERNANDEZ VILLAZON, L.A.: “Vigilancia de la salud y derechos de la persona del trabajador”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*. Pamplona 1997. Pág. 235.

¹⁰⁸¹ TOLOSA TRIBIÑO, C.: “El secreto profesional de los médicos en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales”, en *Relaciones Laborales*, núm. 20-1996. pág. 136.

otorga el artículo 18.1 de la Constitución Española, añadiendo restricciones no previstas en la LPRL”. Este criterio parece basarse en que las disposiciones de carácter laboral que contiene la LPRL tienen carácter de Derecho necesario mínimo indisponible, reservándose a los convenios colectivos únicamente la función de mejora y desarrollo. Por tanto no se puede mediante la negociación colectiva tratar de ampliar el régimen de protección legal.

8.6.2.3.3. Consecuencias de los reconocimientos médicos.

La obligación de reconocimientos médicos de los trabajadores, que en sus puestos de trabajo se encuentren expuestos a riesgo de enfermedad profesional, es con carácter previo a la contratación y con posterioridad de manera periódica para cada tipo de enfermedad según se establezca en las normas que dicte el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, como expresa GARCIA ORTEGA¹⁰⁸², en el caso de los reconocimientos previos si se califica como no apto para el puesto de trabajo supone la no contratación del trabajador, en el supuesto de los reconocimientos médicos periódicos si se da un resultado de no apto de quien ya venía ocupando el puesto de trabajo, el artículo 243.3.LGSS establece la prohibición respecto a la continuación del trabajador en su puesto de trabajo.

Es importante destacar las consecuencias que pueden tener los resultados de los reconocimientos médicos para el trabajador, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰⁸³, el resultado puede calificar al trabajador apto, no apto o apto con limitaciones. Si se declara apto para el puesto de trabajo no hay más problemas, se debe seguir actualizando la evaluación de riesgos,

¹⁰⁸² GARCIA ORTEGA, J.: “La enfermedad profesional”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 307

¹⁰⁸³ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 213.

adoptando las medidas preventivas que se establezcan para el puesto concreto.

Si se declarara la ineptitud del trabajador, no apto, por los médicos en los exámenes de salud practicados, como expresa MORENO CALIZ¹⁰⁸⁴, en principio no debería perjudicar al trabajador, por cuanto el artículo 22.4 LPRL establece la prohibición de que se usen los datos relativos a la vigilancia de la salud con fines discriminatorios o en perjuicio del trabajador, pero no obstante sí que va a repercutir de alguna manera en la situación laboral del trabajador.

Cuando se produce la declaración de ineptitud caben dos posibilidades, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰⁸⁵, la primera supondría el reconocimiento de algún tipo de incapacidad permanente, si se le reconoce, se produciría la extinción de la relación laboral del trabajador y, éste pasaría a estar protegido por el sistema de seguridad social, pero no obstante sigue vigente la obligación de la vigilancia de la salud en lo relacionado con la enfermedad profesional, porque esta obligación se extiende mas allá de la relación laboral. La segunda posibilidad se daría para el caso de que no se le reconociera al trabajador incapacidad alguna, y por tanto tuviera que reincorporarse al trabajo, pero los servicios de medicina en el trabajo mantendrían la calificación de no aptitud para el puesto concreto que realiza por riesgo de enfermedad profesional.

En este supuesto se duda, por una parte, si el empresario tiene la obligación de recolocar al trabajador o, por otra puede optar por despedirlo por ineptitud sobrevenida, como establece la Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de julio 2005 (recurso núm. 1333/2004), si bien el concepto de ineptitud sobrevenida, que habilita al empresario para extinguir el contrato por la vía del

¹⁰⁸⁴ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*, ob. cit. pág. 71.

¹⁰⁸⁵ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 213.

artículo 52 a) del Estatuto de los Trabajadores, no coincide con el concepto de ineptitud del reconocimiento médico, como expresa MORENO CALIZ¹⁰⁸⁶, para el empresario resulta difícil hacerlos coincidir ante un despido de esta naturaleza, pero la falta de aptitud existe y el empresario no tiene conocimiento de todos los datos de la vigilancia de la salud, porque existe el deber de confidencialidad de los resultados médicos, podría hacerlos valer como causa de extinción de la relación laboral. El legislador no define esta causa de extinción, siendo quienes apliquen la norma los que realicen la interpretación jurídica de la norma.

En cuanto a la obligación de recolocar al trabajador, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰⁸⁷, como medida prioritaria en casos de enfermedad se recoge en normas antiguas como la Orden 9 de mayo 1962 y el Decreto 792/1961 de 13 de abril, si bien los tribunales a pesar de la antigüedad las siguen aplicando. Ninguna norma preventiva establece esta obligación, pero sí que se implanta la adaptación del puesto de trabajo a las características del trabajador y en determinados supuestos de trabajadores especialmente sensibles¹⁰⁸⁸, pueden ser cambiados de puesto de trabajo. Si la ineptitud es permanente en relación al puesto de trabajo, y no existe posibilidad de cambiarlo, no es obligación del empresario crear un puesto de trabajo apropiado para el trabajador, a menos que hubiera un puesto de trabajo adecuado y apto desde la perspectiva de la salud, en cuya situación el empresario debería ofrecérselo al trabajador.

¹⁰⁸⁶ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 71.

¹⁰⁸⁷ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 214.

¹⁰⁸⁸ En este sentido GARCIA ORTEGA, J.: "La enfermedad profesional". en AA.VV. ob. cit. pág. 308, el artículo 36.4.2º párrafo del ET se contempla un supuesto que guarda cierta similitud, refiriéndose a los trabajadores nocturnos a quienes se reconozcan problemas de salud que van unidos al hecho de realizar su trabajo nocturno tendrán derecho a ser destinados a un puesto de trabajo diurno que exista en la empresa y para el que sean profesionalmente aptos, procediéndose a realizar el cambio de puesto de conformidad con lo dispuesto en el mismo ET sobre movilidad funcional, según artículo 39 ET, y en su caso sobre modificación sustancial de condiciones de trabajo, artículo 41 ET.

Si el traslado del trabajador es posible a un puesto que esté exento de riesgo, y compatible con su estado de salud, deberá seguir percibiendo el mismo salario que percibía antes, aunque para el nuevo puesto el salario fuera menor, como expresa GARCIA ORTEGA¹⁰⁸⁹, pero si la empresa se encontrara en una situación de dificultad económica, podrá solicitar de manera razonada a la Dirección Provincial de Trabajo la reducción del salario, y según proceda la autoridad resolverá, respetando siempre el salario que este señalado para el nuevo puesto de trabajo que se haya asignado al trabajador, según establece el artículo 45.4 Orden Ministerial 9 de mayo 1962. Si no es posible el traslado la empresa procederá, previa conformidad de la inspección de trabajo, a la extinción del contrato del trabajador, y con derecho preferente a ser empleado por la Oficina de Empleo, pero tiene derecho entretanto a percibir a cargo de la empresa un subsidio equivalente al salario integro durante un periodo de doce meses. Una vez transcurra este periodo si persiste el desempleo del trabajador, éste percibirá a cargo de la entidad gestora, bien de la Tesorería o INSS, el mismo subsidio por un periodo de seis meses más. El subsidio finalizará antes de que transcurra el plazo de dieciocho meses si la oficina de empleo proporciona al trabajador un puesto de trabajo adecuado a su categoría profesional. Por otra parte, si transcurre el plazo de dieciocho meses y el trabajador continúa en situación de desempleo, percibirá de la entidad gestora la prestación por desempleo equivalente al salario integro por un período de seis, período que se prorrogará por otros seis meses, pero en este caso el trabajador está obligado a matricularse en cursos de formación profesional intensiva, como establece el artículo 48 de la OM de 9 de mayo 1962, siendo compatible la prestación por desempleo y la beca o estímulo que pueda percibir por los cursos de formación. Durante los dieciocho meses si el trabajador precisa asistencia sanitaria para el tratamiento de la enfermedad profesional será a cargo de la Mutua o empresa colaboradora; y según el

¹⁰⁸⁹ GARCIA ORTEGA, J.: "La enfermedad profesional". en AA.VV. ob. cit. pág. 309.

artículo 50 de la OM de 9 de mayo 1962 será la entidad gestora la responsable de realizar a estos trabajadores los reconocimientos médicos al menos una vez al año.

No obstante, en estas situaciones, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰⁹⁰, deberá ser el trabajador quien impugne y demuestre la existencia de una conexión entre la enfermedad profesional y los riesgos del puesto de trabajo, para que se proporcione una adaptación del puesto de trabajo o un cambio, o bien la declaración de incapacidad permanente.

Por último, si el resultado del reconocimiento médico es calificado de apto con limitaciones, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰⁹¹, se pueden dar dos hipótesis, una que el trabajador sea especialmente sensible a la enfermedad profesional o no, y otra que la enfermedad profesional lo haya convertido en trabajador especialmente sensible. Tanto en uno como en otro caso la empresa procurará adaptar el puesto de trabajo, para ello deberá adoptar las medidas preventivas más protectoras que deriven de la evaluación de riesgos de la empresa en estos trabajadores, las opciones pueden variar según las circunstancias y características, así se puede realizar una organización diferente de las tareas del puesto de trabajo, establecer periodos de descanso medidos, o utilizar equipos de protección individual específicos y más idóneos para la condición de salud o la especial sensibilidad de cada trabajador. Puede suceder que la enfermedad profesional provoque un mayor absentismo del trabajador a causa de las bajas médicas justificadas, que podría producir el despido objetivo contemplado en el artículo 52. d) del estatuto de los Trabajadores, en este supuesto el control continuo de la salud del trabajador es importante para determinar el nexo causal entre la enfermedad profesional y la baja médica. En opinión de CARRERO

¹⁰⁹⁰ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 214.

¹⁰⁹¹ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 215.

DOMINGUEZ¹⁰⁹², los médicos deberían de colaborar más con los servicios técnicos de prevención para determinar el nexo causal que acredite las ausencias del trabajador, así como valorar tanto la aptitud como la temporalidad del estado de salud del trabajador, porque si se demuestra esa casualidad se deberían adoptar medidas preventivas reforzadas y, colaborar con la empresa para que las adopte, podría evitar el despido objetivo y, al mismo tiempo, se podría obtener que se realizara la adaptación del puesto de trabajo a la situación clínica del trabajador, aunque la decisión última del despido objetivo la tiene el empresario porque no hay una protección especial frente al despido por estas causas.

8.6.2.3.4. Evolución jurisprudencial de los reconocimientos médicos.

En relación a una posible colisión entre la imposición de los reconocimientos médicos y el derecho a la intimidad del trabajador, la jurisprudencia ha ido evolucionando, partiendo de la Sentencia del Tribunal Constitucional de 15 de noviembre 2004 (recurso núm. 1322/2000) donde establece que los derechos fundamentales no son ilimitados ni absolutos, es evidente que pueden ser sometidos a restricciones, por tanto el derecho fundamental a la intimidad personal puede ceder ante otros derechos constitucionales también relevantes, siempre y cuando la limitación esté fundada en una previsión legal y justificada constitucionalmente, que se evidencie necesaria para lograr un fin legítimo previsto, y que sea proporcionada para conseguirlo, y ha de ser respetuosa con el contenido esencial del derecho¹⁰⁹³.

¹⁰⁹² CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 215.

¹⁰⁹³ En este sentido Sentencias del Tribunal Constitucional de 28 de febrero 1994 (recursos núm. 2302/1990, 1445/1991); de 9 de mayo 1994 (recurso núm. 3192/1992) y 14 de febrero 2005 (recurso núm. 2123/2001)

La Sentencia del Tribunal Superior de la Comunidad Valenciana de 24 de enero 2013 (recurso núm. 3092/2012) fue, como expresan GARCIA-PERROTE ESARTIN y MERCADER UGUINA¹⁰⁹⁴, especialmente polémica, porque la sentencia considera vulnerado el derecho a la intimidad de los conductores de la empresa municipal de transportes, a los que se les impuso, de manera obligatoria, los controles médicos porque considera que la medida carecía de la necesaria proporcionalidad, si bien es cierto que los artículos 15 y 16 de la LPRL establecen a la empresa el deber de prevención que exigen intervenir de manera activa frente a los riesgos detectados en su origen, que para el caso concreto de los conductores de autobuses destinados al transporte público existe un riesgo de terceros afectados por dicha conducción, si bien esto podría interpretarse en el supuesto previsto en el marco jurídico del artículo 22.1 párrafo 2º LPRL, pero en cambio no concurren los requisitos de proporcionalidad necesarios para legitimar la imposición obligatoria de los controles médicos, y por lo tanto la intromisión en el derecho fundamental afectado, en este caso por ley se exigen controles de aptitud que incluyen la revisión médica, pero tanto la formación preventiva como el deber de poner en conocimiento de la empresa cualquier dolencia que pudiera afectar a la conducción son medidas positivas y complementarias a los controles legales, y por tanto minimizan el riesgo de pérdida de conciencia. De todas formas, el riesgo de pérdida de conciencia no queda totalmente excluido por el control médico, no concurre por tanto la proporcionalidad entre la medida propuesta y el riesgo, existen medidas que contribuyen al mismo fin y son menos injerentes. Tampoco se aprecia un interés preponderante del grupo social o una situación de necesidad objetiva como es el riesgo de enfermedad profesional o el riesgo específico de terceros.

¹⁰⁹⁴ GARCIA-PERROTE ESCARTIN, I.: MERCADER UGUINA, J.: “Los reconocimientos médicos obligatorios en la doctrina reciente de los tribunales”, ob. cit. BIB 2017/11176.

En cambio, si aprecia que existe un interés preponderante en el de compañeros, o incluso en terceras personas, la Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de junio 2015 (recurso núm. 178/2014), en este supuesto se cuestionaba el examen de salud de 700 trabajadores que pertenecían a las Brigadas rurales de emergencia, establece la Sentencia que los trabajadores afectados trabajan en la prevención y extinción de incendios, actividad compleja y arriesgada que exige una buena capacidad tanto física como psíquica, porque se desarrolla frecuentemente en terrenos accidentados, con temperaturas muy altas y emisiones grandes de humo, y además su trabajo consiste en prestar auxilio a personas y cosas en catástrofes y emergencias como pueden ser nevadas e inundaciones. Por estos motivos, su correcto estado de salud evita y minimiza los peligros que puedan derivarse del indiscutible riesgo de su trabajo, de igual forma para el trabajador como para terceros relacionados con la empresa. Por ello, se considera que la detección de enfermedades que puedan convertir en inadecuadas las tareas que se encomienden evitara que los propios trabajadores tengan que ser auxiliados en situaciones de emergencia, lo que produciría un riesgo para terceros. En esta sentencia, como expresan GARCIA-PERROTE ESARTIN y MERCADER UGUINA¹⁰⁹⁵, el reconocimiento médico cuestionado, independientemente de que esté reconocido o no por el convenio colectivo, cumple con las exigencias constitucionales y legales a las personas que trabajen en las Brigadas Rurales de Emergencias¹⁰⁹⁶. La LPRL en el artículo 22.1 ampara la obligatoriedad

¹⁰⁹⁵ GARCIA-PERROTE ESCARTIN, I.: MERCADER UGUINA, J.: “Los reconocimientos médicos obligatorios en la doctrina reciente de los tribunales”, ob. cit. BIB 2017/11176.

¹⁰⁹⁶ En el mismo sentido interpretativo la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 16 de febrero 2016 (recurso núm. 177/2016) en este caso se planteaba que los reconocimientos médicos eran voluntarios a excepción de quienes realizaban determinados trabajos, justificando la obligatoriedad debido a que el estado de salud del trabajador puede poner en peligro la vida propia y/o la de los compañeros, por ejemplo en manejo de carretillas, trabajos expuestos a estrés térmicos por frío, o por disposición legal en los supuestos de trabajos expuestos a ruidos, RD 39/1997 y RD 286/2006. También considera obligatorio el examen de salud, de un conductor de maquina barredora urbana, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 31 de marzo 2016 (recurso núm. 304/2016). Establece que aunque es cierto que el reconocimiento no es obligatorio si solo está en juego la salud del

porque el reconocimiento médico practicado es necesario, no existe una alternativa para verificar el estado de salud, es proporcional e idóneo.

Por otra parte, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de enero 2016 (recurso núm. 731/2015) sin embargo no considera obligatorio el reconocimiento médico de un auxiliar de jardinero, porque, “no se ha acreditado, en modo alguno, que el trabajador debiera someterse de manera obligatoria, por lo que sigue primando la regla general de voluntariedad en la práctica del reconocimiento médico”, desconociendo cuales eran los motivos por los que la empresa decidió los reconocimientos médicos, y para garantizar la salud de los trabajadores o evitar un riesgo o peligro objetivable debería averiguar si existían o no opciones alternativas más respetuosas con el derecho a la intimidad del trabajador.

La Sentencia del Tribunal Supremo 7 de marzo 2018 (recurso núm. 42/2017) confirma la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 18 de noviembre 2016 que establece la obligatoriedad de los reconocimientos médicos para el personal clasificado como vigilante de seguridad y escoltas, porque permite comprobar el estado de salud, siendo necesario conocerlo para evitar o disminuir los riesgos inherentes al trabajo para el trabajador, para los otros trabajadores y para las personas objeto de protección, considerando que no son obligatorios para el personal de la central receptora de alarmas, estos trabajadores cuya función es vigilar las cámaras de seguridad por lo que no acuden a los domicilios. Por lo que teniendo en cuenta que los derechos fundamentales no son ilimitados ni absolutos, tal y como establecía la Sentencia del Tribunal Constitucional de 15 de noviembre 2004, es obvio que pueden ser sometidos a restricciones, por lo que el derecho fundamental a la intimidad puede ceder ante otros derechos y

propio trabajador, si no hay un peligro cierto y objetivable, pero en este caso se justifica el reconocimiento médico porque, aparte de los riesgos de su puesto de trabajo, por la incidencia que pueda tener en relación a terceras personas.

bienes constitucionalmente relevantes, siempre que la limitación esté fundada en una previsión legal que tenga justificación constitucional, sea necesaria para lograr el fin previsto, sea proporcionada para alcanzarlo, y además respetuosa con el contenido esencial.

Por otra parte, también aclara la Sentencia del Tribunal Supremo 7 de marzo 2018 (recurso núm. 42/2017) que no tienen la misma finalidad las pruebas o exámenes físicos o psicotécnicos que son necesarios para la obtención o conservación de la habilitación para poder ejercer la profesión que se sitúan en un plano individual y la finalidad es garantizar que concurren las condiciones psicofísicas necesarias para el ejercicio de la actividad, mientras que los reconocimientos médicos que son necesarios en función del artículo 22 LPRL están al servicio de la salud y seguridad de la empresa y constituyen un instrumento para que el empresario pueda cumplir con su deber de proporcionar una prevención eficaz en materia de seguridad y salud. Las finalidades son distintas, por lo que no se puede pretender que los exámenes físicos o psicotécnicos puedan sustituir a los reconocimientos médicos del artículo 22 LPRL, porque éstos están al servicio de la seguridad y salud de todos los trabajadores de una empresa y de una adecuada política de prevención de riesgos laborales.

En el mismo sentido, es decir declarando la obligatoriedad de los reconocimientos médicos de los conductores del parque móvil del Estado, se manifiesta la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de enero 2019 (recurso núm. 4009/20016), en este caso la empresa, Parque Móvil del Estado, pretende imponer el carácter obligatorio de los reconocimientos médicos para tres concretos colectivos de trabajadores, personal laboral: a) personal conductor; b) personal de taller expuesto al ruido y/o vibraciones; c) personal de mantenimiento expuesto a trabajos de altura. Esta Sentencia, que confirma la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de septiembre

2016 (recurso núm. 535/2016), basándose en la doctrina del Tribunal Constitucional, Sentencia de 15 de noviembre 2004, y Sentencias del Tribunal Supremo de 10 de junio 2015 (recurso 178/2014) y 7 de marzo 2018 (recurso 42/2017) establece que, en relación al personal conductor, el cual desempeña un servicio público que consiste en transportar pasajeros en los automóviles, es aplicable el artículo 22.1 PLRL que permite la obligatoriedad de los reconocimientos médicos para verificar el estado de salud del trabajador, ya que puede constituir un peligro para los demás trabajadores y demás personas relacionadas con la empresa, esta actuación empresarial es adecuada y no lesiva de los derechos de los trabajadores, y es proporcionada. El mismo criterio se aplica para el personal de mantenimiento de altura, al existir el riesgo de caída en este tipo de actividades con el peligro para el trabajador y para terceros. En cambio, aplicando la misma doctrina, para los trabajadores de taller no está justificado el reconocimiento médico obligatorio por el hecho de que puedan estar expuestos a ruidos, vibraciones o productos químicos cancerígenos.

Como concluye el fundamento quinto de la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de enero 2019 (recurso núm. 4009/20016) “la restricción del derecho resulta necesaria sin que exista ninguna otra medida alternativa al reconocimiento médico para verificar el estado de salud del trabajador y existe proporcionalidad entre el sacrificio del derecho y el beneficio que se pretende obtener, preservar la salud del propio trabajador; de sus compañeros de trabajo y de terceros que se relacionen con el trabajador por motivo de su relación laboral”.

8.6.2.3.5. Garantías de los derechos de los trabajadores en los reconocimientos médicos.

Con la entrada en vigor la LPRL se observa, en relación a las

disposiciones vigentes con anterioridad, un importante cambio por parte del legislador, como expresa IGARTUA MIRO¹⁰⁹⁷, partiendo de una concepción que gira en torno a la necesidad de respetar los derechos fundamentales del trabajador, y por tanto el respeto a la voluntariedad.

La regulación contenida en el artículo 22 LPRL en materia de vigilancia de la salud y, desarrollada en el RD 39/1997, de 17 de enero, el legislador considera que se trata de una medida encaminada a la tutela del derecho a la salud, pero aparecen enlazados importantes bienes personales del trabajador, en especial la dignidad, la libertad personal y el derecho a la intimidad, como expresa IGARTUA MIRO¹⁰⁹⁸.

En esta línea, las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹⁰⁹⁹, siempre deberán respetar, según establece la Sentencia del Tribunal Constitucional 15 de noviembre 2004 (recurso núm. 1322/2000) el derecho a la intimidad, el derecho a la dignidad del trabajador y el derecho a la confidencialidad de toda aquella información que esté relacionada con su estado de salud. El artículo 22.3 LPRL, garantiza estos derechos al establecer que los resultados de la vigilancia se comunicaran a los trabajadores afectados.

El Tribunal Constitucional se ha pronunciado en esta materia, como expresa MORENO CALIZ¹¹⁰⁰, en el sentido mismo sentido que las orientaciones de la OIT¹¹⁰¹. Así, en la Sentencia de 15 de noviembre 2004 (recurso núm. 1322/2000), en este caso la trabajadora de Iberia, con

¹⁰⁹⁷ IGARTUA MIRO, M.T.: "Comentarios al artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Vigilancia de la salud, ob. cit. BIB 2010/7008.

¹⁰⁹⁸ IGARTUA MIRO, M.T.: "Comentarios al artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Vigilancia de la salud, ob. cit. BIB 2010/7008.

¹⁰⁹⁹ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 212.

¹¹⁰⁰ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 54.

¹¹⁰¹ Organización Internacional del Trabajo: *Principios directivos, técnicos y éticos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores. Serie de Seguridad y Salud en el Trabajo*. ob. cit.

contratos temporales como agente administrativo, la empresa dio por extinguida la relación laboral alegando como motivo no superación del periodo de prueba, pero esta decisión empresarial se adoptó tras conocer la calificación de no apto del examen realizado por servicios médicos de la empresa por razón de su contratación eventual para esa temporada. Precisamente, en las pruebas de orina se había detectado un coeficiente de cannabis muy superior al recogido en el protocolo de la empresa y, esta circunstancia, no se había comunicado a la trabajadora que en los análisis médicos se examinaría el posible consumo de estupefacientes, además los resultados de estas pruebas son de exclusivo conocimiento de los servicios médicos y solo se debe notificar a la empresa la calificación del trabajador de apto o no apto. El artículo 18.1 de la CE no prevé de manera expresa la posibilidad de sacrificar el legítimo derecho a la intimidad, pero, no obstante no significa que se trate de un derecho absoluto, pues puede ceder ante razones justificadas de interés general, que estén previstas en la ley, entre las que se encuentra el evitar y prevenir riesgos y peligros relacionados con la salud, por tanto, el interés público sería causa legítima para justificar la realización de reconocimientos médicos en el marco de la relación laboral, pero la jurisprudencia, en el concreto derecho fundamental a la intimidad personal, las posibles limitaciones a este derecho deberán estar fundadas en una previsión legal que tenga justificación constitucional, que sea proporcionada, y además debe expresar con precisión todos y cada uno de los presupuestos materiales de la medida limitadora¹¹⁰². Además, el trabajador debe ser expresamente informado de las pruebas médicas invasoras de su intimidad, por lo que el trabajador deberá recibir información expresa cuando otorgue el consentimiento sobre cualquier prueba o analítica que pudiera llegar a afectar a su intimidad corporal¹¹⁰³. Para

¹¹⁰² En este sentido la Sentencia del Tribunal Constitucional 30 de noviembre 2002; la Sentencia del Tribunal Europeo Derechos Humanos de 26 de marzo 1987, caso Leander.

¹¹⁰³ En este sentido las Sentencias del Tribunal Constitucional 15 de febrero 1989; 27 de junio 1990; 19 de julio 1990; 16 de diciembre 1996

garantizar el derecho fundamental a la intimidad personal el consentimiento ha de ser informado, de manera particular en aquello que no sea previsible, sobre todo cuando se trate de reconocimientos médicos de vigilancia de la salud en función del riesgo laboral y aquellas pruebas y datos que sean ajenos a esa finalidad. No habrá vulneración del artículo 18.1 CE si el trabajador puede tener acceso al contenido y alcance de la detección, tipo de pruebas que le vayan a ser practicadas y sus efectos, sus contraindicaciones y riesgos probables en condiciones normales, así como de las eventualidades que pudieran derivarse para su salud en caso de no realizar el reconocimiento médico. Para invadir la esfera privada, y que no proceda vulneración del derecho fundamental a la intimidad, es necesario contar con la habilitación legal y con consentimiento eficaz del titular del derecho, contar con la autorización sobre ámbitos que exigen una información expresa y previa al consentimiento. El consentimiento es relevante, como expresa MORENO CALIZ¹¹⁰⁴, para determinar si se ha vulnerado el derecho a la intimidad personal por parte de la empresa.

La Sentencia del Tribunal Constitucional de 15 de noviembre 2004 (recurso núm. 1322/2000), establece “las notas que deben concurrir en los reconocimientos médicos obligatorios habilitados por la Ley: proporcionalidad al riesgo, porque no existan otras opciones alternativas de menor impacto en el núcleo de los derechos incididos; la indispensabilidad de las pruebas, por acreditarse “ad casum” la necesidad objetiva de su realización en atención al riesgo que se procura prevenir, así como los motivos que le llevan al empresario a realizar la exploración médica a un trabajador singularmente considerado; y la presencia de un interés preponderante del grupo social o de la colectividad laboral o una situación de necesidad objetivable, notas que justifican en su conjunto la desfiguración de la regla ordinaria de libertad de

¹¹⁰⁴ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 54.

decisión del trabajador”¹¹⁰⁵.

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Constitucional de 29 de junio 2009 (recurso núm. 9914/2006) manifiesta que “la medida limitativa del derecho fundamental a la intimidad ha de estar previsto por Ley, adoptarse mediante resolución judicial especialmente motivada e idónea, necesaria, proporcionada en relación con un fin constitucionalmente legítimo, y de conformidad con la Sentencia del Tribunal Constitucional de 23 de marzo 2009 (recurso núm. 2826/2004) “implica realizar un juicio de proporcionalidad que requiere la constatación de que la medida restrictiva adoptada cumple los tres requisitos siguientes: que la medida sea susceptible de conseguir el objetivo propuesto, juicio de idoneidad; que la medida sea además necesaria, en el sentido de que no exista otra medida más moderada para la consecución de tal propósito con igual eficacia, juicio de necesidad; y, finalmente, que la medida adoptada sea ponderada o equilibrada, por derivarse de ella más beneficios o ventajas para el interés general que perjuicios sobre otros bienes o valores en un juicio estricto de proporcionalidad”¹¹⁰⁶.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de enero 2019 (recurso núm. 4009/2016) aplica la misma doctrina para determinar si deben o no aplicarse las excepciones a la voluntariedad de los reconocimientos médicos, debe valorarse si concurren los requisitos de proporcionalidad que determinen la legitimidad de la imposición obligatoria de los controles y por tanto la injerencia en el derecho fundamental afectado.

¹¹⁰⁵ El Auto del Tribunal Constitucional 272/1998 de 3 de septiembre establece “los límites legales, las excepciones a la libre disposición del sujeto sobre ámbitos propios de su intimidad, previstos en el artículo 22.1 LPRL, quedan vinculados o bien a la certeza de un riesgo o peligro en la salud de los trabajadores o de terceros, o bien, en determinados sectores, a la protección frente a riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad, pues es obvio que existen empresas y actividades sensibles al riesgo y por tanto trabajadores especialmente afectados por el mismo”.

¹¹⁰⁶ En este sentido Sentencias del Tribunal Constitucional 24 de septiembre 2007 (recurso núm. 4487/2005); 16 de diciembre 1996 (recurso núm. 1789/1996).

Por otra parte, el legislador, para garantizar los derechos de intimidad, dignidad y confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹¹⁰⁷, tanto la empresa como las personas u órganos que son responsables en materia de prevención de riesgos laborales solo deberán ser informados de las conclusiones que se derivan de los reconocimientos médicos efectuados al trabajador en relación con la aptitud del trabajador para desempeñar el puesto de trabajo, si el trabajador es apto o no apto para ello, como establece el artículo 16.2 del Convenio 16 de la OIT, o de conformidad con el artículo 22.4 LPRL con la necesidad de establecer las medidas de prevención y protección, o mejorar las que se hayan adoptado, las conclusiones no pueden contener datos médicos de carácter personal, ni información relativa a enfermedades o problemas de salud concretos. También es una garantía que el acceso a la información médica de carácter personal está reservada al personal médico y a las autoridades sanitarias que realicen la vigilancia de la salud de los trabajadores. Esta información sólo podrá ser facilitada al empresario u otras personas si el trabajador presta su consentimiento expreso.

8.6.3. Los periodos de observación.

Las situaciones que protege el sistema de Seguridad Social para proteger la contingencia de incapacidad temporal derivada de enfermedad profesional se pueden plantear, como expresa PINTO PABON¹¹⁰⁸, bien desde una óptica reparadora, cuando el trabajador se encuentra incapacitado

¹¹⁰⁷ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 213.

¹¹⁰⁸ PINTO PABÓN, B.: "La protección de la incapacidad temporal y permanente y la muerte por enfermedad profesional en el sistema de la Seguridad Social", ob. c it. pág. 249. En el mismo sentido ALONSO OLEA, M., TORTUERO PLAZA, J.L.: *Instituciones de la Seguridad Social*. Madrid 1992. Editorial Civitas. pág. 177.

temporalmente para trabajar mientras recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social, o bien desde el punto de vista preventivo, si el trabajador no se encuentra impedido para trabajar, pero se le prescribe la baja en el trabajo, deja de trabajar de manera preventiva, durante el periodo de observación, es un caso particular de la incapacidad temporal lo que legalmente se denomina periodos de observación, como expresa GONZALEZ MARTINEZ¹¹⁰⁹, será el tiempo que se necesita para proceder al estudio y diagnóstico médico de una enfermedad profesional cuando sea necesario posponer el diagnóstico definitivo, a diferencia de las situaciones ordinarias de incapacidad, no es necesario que lleve un tratamiento sanitario específico, porque en concreto el proceso patológico no está confirmado.

La LGSS en el artículo 169.1.b) define los periodos 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 estima necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad, matizando el artículo 176 de LGSS que, se considerara como periodo de observación, como expresa FERNANDEZ PRATS¹¹¹⁰, se trata de los periodos necesarios para el estudio médico de la enfermedad profesional cuando haya necesidad de aplazar el diagnóstico definitivo, si bien, como expresa MORENO CALIZ¹¹¹¹, el artículo 15.1 de la Orden de 13 de octubre 1967 que establece normas para la aplicación y desarrollo de la prestación por incapacidad temporal transitoria en el Régimen General de la Seguridad Social, solo se limita a incluir en el concepto de los denominados periodos de observación y sus asimilados o equivalentes en casos de enfermedades profesionales, sin concretar nada más.

¹¹⁰⁹ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de Origen Profesional*. ob. cit. pág. 285.

¹¹¹⁰ FERNANDEZ PRATS, C.: *La protección de la Incapacidad Temporal en el régimen general de la Seguridad Social*. Valencia 2011. Editorial Tirant lo Blanch. pág. 66.

¹¹¹¹ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 71.

En los supuestos de una enfermedad o un accidente, como expresa SALA FRANCO¹¹¹², la incapacidad temporal es real, mientras que en el caso de los periodos de observación de la enfermedad profesional, la incapacidad temporal es presunta o virtual, es decir que, por mandato de una norma legal imperativa se presume necesaria la baja del trabajador para ser objeto de estudio y diagnóstico cuando el médico así lo decide.

La decisión del facultativo médico será determinante para establecer la procedencia de situar al trabajador en situación de baja en la empresa, como expresa GARCIA NINET¹¹¹³, percibiendo la prestación. El médico o servicio médico, a instancia del afectado, o incluso a raíz de las revisiones periódicas correspondientes, inicia el estudio del paciente para llegar a un diagnóstico que deberá ser en su día definitivo, y para los cual, en muchas ocasiones, no en todos los supuestos, precisa dar de baja al trabajador.

El periodo de observación es una situación de necesidad protegida específica de la contingencia de enfermedad profesional, como expresa GARCIA ORTEGA¹¹¹⁴, causada más que por la enfermedad por la baja médica, porque pudiera que se diagnostica que no existe la misma. Cuando se diagnostique de manera definitiva que existe o que no existe la enfermedad, entonces ya se declarara al trabajador en cualquiera de las situaciones: alta, incapacidad temporal, incapacidad permanente, traslado o baja en la empresa.

El artículo 169.1.b) LGSS, cuando habla de periodos de observación, no se describe a supuestos de incapacidad temporal propiamente dichos, como expresa FERNANDEZ PRATS¹¹¹⁵, sino que se trata de situaciones en las que

¹¹¹² SALA FRANCO, T.: "La incapacidad temporal" en *Derecho de la Seguridad Social*. ob. cit. pág. 261

¹¹¹³ GARCIA NINET, I.: "La incapacidad temporal", en AA.VV.: *La incapacidad temporal*. Madrid 1996. Editorial Tecnos. págs. 136-137.

¹¹¹⁴ GARCIA ORTEGA, J.: "La enfermedad profesional". en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 311.

¹¹¹⁵ FERNANDEZ PRATS, C.: *La protección de la Incapacidad Temporal en el régimen general de la Seguridad Social*. ob. cit. págs. 66-67.

no existe una incapacidad manifiesta para trabajar, pero, no obstante el facultativo considera que es necesario apartar al individuo del trabajo para realizar el estudio y futuro diagnóstico de la enfermedad, el trabajador aun no presenta una incapacidad laboral, pero si se sospecha que es posible que padezca una enfermedad profesional. No deben concurrir en esta situación protegida las circunstancias propias de la situación de incapacidad temporal, porque si se dieran estas circunstancias se aplicaría el artículo 169.1.a) LGSS¹¹¹⁶. De todos modos, aunque el trabajador necesite asistencia sanitaria, pero no se encuentre incapacitado materialmente para el trabajo, el legislador ha considerado esencial apartarlo de su lugar de trabajo como medida de carácter terapéutico.

Para favorecer el diagnóstico de enfermedad profesional, las Entidades Colaboradoras deberán remitir al INSS aquellos expedientes que presenten situaciones reconocida como contingencias comunes, como expresa GONZALEZ MARTINEZ¹¹¹⁷, pero que presenten indicios que puedan presumir la existencia de contingencia profesional, y en este sentido se consideraran indicios los partes emitidos por la propia Entidad Colaboradora donde se hubiera determinado la enfermedad profesional, los informes de la inspección Técnica de la Seguridad Social, o de los servicios de prevención, o de los servicios médicos de la empresa, o de otros organismos e instituciones que tengan competencia en prevención y cobertura de las enfermedades profesionales, o las comunicaciones de los facultativos del Sistema Nacional

¹¹¹⁶ 1. “tendrán la consideración de situaciones determinantes de la incapacidad temporal: a) las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación”.

¹¹¹⁷ GONZALEZ MARTINEZ, J.A.: *El trato privilegiado de las prestaciones de Origen Profesional*. ob. cit. pág. 286.

de Salud en las que se manifiesta la posibilidad de que exista una enfermedad profesional¹¹¹⁸.

La justificación de la situación protegida de los periodos de observación se puede encontrar, como expresa FERNANDEZ PRATS¹¹¹⁹, porque ante la dificultad existente en nuestro sistema para diagnosticar una enfermedad como profesional, tal vez aparece la necesidad de dedicar un tiempo a la observación y al estudio médico para realizar un diagnóstico definitivo de la enfermedad profesional.

La baja médica, que genera el derecho a una prestación económica por incapacidad temporal, como expresa MORENO CALIZ¹¹²⁰, derivada del supuesto de periodo de observación de enfermedad profesional, tiene su origen en una decisión del facultativo médico que, analizando los diagnósticos de salud del trabajador, junto a otras variables como la actividad profesional, decide, a su juicio, apartar al trabajador de su puesto de trabajo de forma temporal para llegar a un diagnóstico definitivo. Se trata de una medida preventiva, no existe incapacidad patológica, sino terapéutica o de carácter preventiva, ya que la presunción de la existencia de enfermedad profesional supone un diagnóstico provisional, que no ocurre cuando la medida a tomar es el traslado del trabajo, por los mismos motivos de prevención de enfermedad, ya que, en esta situación, la enfermedad ya ha sido definitivamente diagnosticada, y con la separación del puesto de riesgo profesional se pretende evitar que progrese. Si finalmente, tras el estudio en el periodo de observación, se diagnostica la enfermedad profesional, como expresa FERNANDEZ

¹¹¹⁸ Resolución de 19 de septiembre 2007, BOE 22 de septiembre, de la Secretaria 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 del Sistema de la Seguridad Social.

¹¹¹⁹ FERNANDEZ PRATS, C.: *La protección de la Incapacidad Temporal en el régimen general de la Seguridad Social*, ob. cit., pág. 67.

¹¹²⁰ MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 90.

PRATS¹¹²¹, y el trabajador pasa a situación de incapacidad temporal propiamente dicha, los periodos de observación computan a efectos de la duración máxima de la prestación de la incapacidad temporal de que se trate.

Ante el posible paralelismo que pueda existir, entre el periodo de observación y el supuesto de cambio de trabajo, debido a que la finalidad es la misma, la prevención de la enfermedad profesional, pero son dos aspectos preventivos que actúan en momentos distintos, como describe MORENO CALIZ¹¹²², el primero, cuando no existe certeza médica del diagnóstico, y el segundo, cuando ya se ha detectado la enfermedad profesional y existe un diagnóstico claro y definitivo y se pretende evitar que progrese.

La baja, que tiene lugar con motivo de la incompatibilidad del estado de salud del trabajador con el puesto de trabajo, deriva de la situación previa de imposibilidad de trasladar al trabajador a otro puesto compatible con su estado de salud, exento de riesgo. La situación de baja en la empresa equivaldría a la extinción del contrato de trabajo acompañada de una serie de derechos previstos para compensar esa drástica consecuencia derivada de la ausencia de un puesto de trabajo compatible.

Por otro lado, la baja que acompaña al periodo de observación tiene igualmente una finalidad preventiva, ya que tiene por objeto el estudio y análisis de la dolencia del trabajador que permita establecer un diagnóstico definitivo de la patología. Sin embargo, esa situación no equivale a una ruptura del vínculo contractual, sino que da lugar a una suspensión del mismo, en cuanto se asimila a la incapacidad temporal, pese a que puede que no exista una incapacidad real del trabajador.

¹¹²¹ FERNANDEZ PRATS, C.: *La protección de la Incapacidad Temporal en el régimen general de la Seguridad Social* ob. cit., pág. 66.

¹¹²² MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. ob. cit. pág. 90.

Es posible la sucesión de situaciones, periodo de observación-incapacidad temporal, periodo de observación-traslado de puesto de trabajo. Este encadenamiento de situaciones entre periodo de observación e incapacidad temporal puede producirse por distinta contingencia, es decir que al finalizar el citado periodo, si se descarta la etiología laboral que se sospechaba, puede iniciarse una incapacidad temporal por enfermedad común. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 21 de febrero 2006 (recurso núm. 2568/2005), se demostró que en un examen médico de rutina, que la trabajadora, enfermera en el departamento de cobaltoterapia, presenta una analítica alterada, por lo que fue sometida a estudio médico y también se estudió el departamento a fin de averiguar si se estaban produciendo determinadas radiaciones. Entiende el Tribunal que el periodo de incapacidad temporal en que se halló la trabajadora tras detectarse las alteraciones analíticas era un auténtico periodo de observación con el fin de estudio de las mismas y con la finalidad de obtener un diagnóstico definitivo. El periodo de observación del artículo 176 LGSS comprendería desde el primer momento de la situación de incapacidad temporal, de 12 de octubre 2003 hasta la fecha de emisión del informe, 17 de mayo 2004, en el cual se indicaba que no se podía concluir que las alteraciones analíticas detectadas en la trabajadora se debiera a las radiaciones recibidas en su puesto de trabajo, se descartó que la enfermedad de la trabajadora tuviera carácter profesional, al no tener relación con el puesto de trabajo que venía desarrollando. Por tanto, se inicia un periodo de baja por incapacidad temporal, el cual la Sala entiende que es un periodo de observación y pasa, a un proceso de incapacidad temporal por enfermedad común cuando se descarta el diagnóstico médico de origen laboral.

8.6.4. Trabajadores especialmente sensibles.

La protección de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos se encuentra regulada en el artículo 25 LPRL, como establece LOPEZ GANDIA¹¹²³, el cual traspone el artículo 15 de la Directiva marco 89/391 CEE del Consejo de 12 de junio que establece que “los grupos expuestos a riesgos especialmente sensibles deberán ser protegidos contra los peligros que les afecten de manera específica”.

Los trabajadores pueden ser especialmente sensibles por sus propias características personales y éstas pueden hacerles más vulnerables, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹¹²⁴, por ejemplo por el hecho de tener una cierta edad es un factor determinante respecto del daño de la salud, o bien por el estado biológico conocido del trabajador, es decir aquello que sufren cualquier tipo de lesión o alteración de la salud, y también por tener la condición de discapacitado físico, psíquico o sensoriales, tanto si es originaria como sobrevenida. El calificativo sensible se aplica al trabajador y no a las particularidades del puesto de trabajo. No son las características objetivas del puesto de trabajo las que provocan que el trabajador sea sensible, sino que son las circunstancias personales, biológicas, físicas y psíquicas que posee inseparable el trabajador y que por lo tanto le conceden el calificativo de sensible. Aunque no se puede dejar de lado que las particularidades del puesto de trabajo pueden incidir y un trabajador convertirse en especialmente sensible.

Hay una diferencia entre la Directiva marco 89/391 CEE y la LPRL, como establece LOPEZ GANDIA¹¹²⁵, la Directiva habla de grupos expuestos a

¹¹²³ LOPEZ GANDIA, J.: “Marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales”, en AAVV (LOPEZ GANDIA, J., BLASCO LAHOZ, J.F.), *Curso de prevención de riesgos laborales*. Valencia 2019. Editorial Tirant lo Blanch. pág. 223.

¹¹²⁴ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 201.

¹¹²⁵ LOPEZ GANDIA, J.: “Marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales”, en *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit. pág. 224.

riesgos especialmente sensibles, repara en los riesgos objetivos, mientras que la LPRL habla de trabajadores especialmente sensibles por diferentes motivos, observa los riesgos desde el punto de vista subjetivo, la especialidad no está en el puesto de trabajo sino en el trabajador, pero en ambos, es la empresa la que debe adoptar las medidas preventivas, o bien adaptar al trabajador el puesto de trabajo o bien cambiando al trabajador de puesto de trabajo¹¹²⁶.

La obligación de la empresa de adaptar el puesto de trabajo cuando se den las circunstancias de sensibilidad, de conformidad con el artículo 25.1 LPRL, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹¹²⁷, es absoluto en el caso de enfermedades profesionales, por consiguiente el trabajador que por motivos de salud no pueden realizar correctamente sus tareas laborales y es calificado como trabajador especialmente sensible, tiene derecho a que se le adapte su puesto de trabajo en función con lo evaluado por el médico especialista del trabajo y de la empresa de manera inmediata, porque si no lo hiciera así el empresario estaría incumpliendo sus obligaciones preventivas e incurriendo en responsabilidad.

La LPRL regula la protección, de unos colectivos concretos, de trabajadores especialmente sensibles de una manera específica, siendo desarrollado en el artículo 26 LPRL la protección de la maternidad, el artículo 27 LPRL la protección de trabajadores menores, y el artículo 28 LPRL la protección específica de trabajadores temporales y trabajadores contratados por empresas de trabajo temporal.

¹¹²⁶ Vid, GARCIA NINET, J.I. y VICENTE PALACIO M.A.: "Acción preventiva en los colectivos especialmente sensibles", lecciones 12-13, en AA.VV. (Dir. GARCIA NINET), *Manual de prevención de riesgos laborales. Seguridad, Higiene y Salud en el trabajo*, ob. cit., págs. 217-252.

¹¹²⁷ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 203.

8.6.4.1. La protección de la maternidad y la función reproductora.

En cuanto a la función reproductora la protección de los riesgos puede afectar tanto a la mujer como al hombre, como establece LOPEZ GANDIA¹¹²⁸, por cuanto la exposición a ciertos agentes, como polvo, mercurio, disolventes, radiaciones, puede afectar indistintamente a la procreación, a la fertilidad y al desarrollo de la descendencia.

La protección de la maternidad se dirige de manera específica a la madre, al feto, al hijo lactante, según artículo 26 LPRL y Directiva 92/85 CEE, se protege a la trabajadora durante el embarazo y el puerperio frente a los riesgos que puedan tener influencia perjudicial sobre su estado.

El empresario está obligado a adoptar una serie de medidas, la primera es evaluar los riesgos específicos en relación con las trabajadoras que se encuentren en situación de embarazo, parto reciente, o lactancia natural, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹¹²⁹, esta evaluación deberá establecer la naturaleza, el grado y la duración de exposición que estén sometidas estas empleadas, establecer aquellas condiciones de trabajo que pueden afectar negativamente en su salud o en el feto. En esta evaluación de riesgos hay que tener en cuenta las listas de agentes, procedimientos y condiciones de trabajo previstas en los Anexos VII y VIII del Reglamento de los Servicios de Prevención, tras la modificación por el RD 298/2009 de 6 de marzo, por el que se traspone la Directiva 92/85 CEE¹¹³⁰. Si del resultado de la evaluación se evidencian la existencia de riesgo para la salud, o una posible repercusión para el embarazo o la lactancia de las trabajadoras especialmente sensibles, la

¹¹²⁸ LOPEZ GANDIA, J.: "Marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales", *Curso de prevención de riesgos laborales, ob. cit.*, pág. 225.

¹¹²⁹ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales. ob. cit.* pág. 203.

¹¹³⁰ Los Agentes físicos: Radiaciones Ionizantes, Radiaciones no Ionizantes, frío y calor extremos etc. Agentes biológicos: niveles p 2-3-4, Toxoplasma, virus de la Rubeola. Agentes químicos: sustancias etiquetadas con la anterior normativa como R40, R45, R49, R68, R62, R63, y R64, etiquetadas según nueva normativa como: H350, H351, H340, H341, H350i, H361f, H361d y H361fd.

empresa deberá adoptar las medidas que sean necesarias para evitar la exposición al riesgo, el artículo 26 LPRL regula el orden de las medidas que deben adoptarse. En opinión de LOPEZ GANDIA¹¹³¹, el artículo 26 presenta problemas de transposición de las Directivas de la CEE en esta materia como la Directiva marco 92/85 y la Directiva 93/104.

Si no es posible la adaptación del puesto de trabajo, la segunda medida es proceder al cambio de puesto de trabajo o de funciones, en este supuesto la empresa deberá, previa consulta con los representantes de los trabajadores, establecer una relación de los puestos de trabajo que están exentos de riesgos a estos efectos.

Cuando el cambio de puesto no resulta ni técnica ni objetivamente posible, o no pueda exigirse de manera razonable por motivos justificados, podrá declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación de suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante el embarazo, contemplada en el artículo 45.1.d) del Estatuto de los Trabajadores, que durará el periodo que sea necesario, y se puede prolongar hasta que se inicie la suspensión del contrato por maternidad biológica, siempre que persista la imposibilidad de ocupar su puesto de trabajo compatible con su estado de salud¹¹³².

En cuanto a la protección en el ordenamiento jurídico español de la situación de riesgo durante la lactancia natural, como expresa RODRIGUEZ CARDO¹¹³³, a la vista de la nueva doctrina del Tribunal de Justicia de la Unión

¹¹³¹ LOPEZ GANDIA, J.: “Marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales”, en *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit., pág. 227.

¹¹³² Vid. FERNANDEZ ORRICO, F.J.: “La prevención de riesgos laborales en caso de maternidad” en AA.VV. (Directores TOSCANI GIMENEZ, D. y ALEGRE NUENO, M.) en *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*. págs. 421-444.

¹¹³³ RODRIGUEZ CARDO, I.A. y GARCIA MURCIA, J.: “Riesgo durante la lactancia natural y trabajo a turnos/nocturno. STS, Sala Social, 6 de febrero de 2019 (RCUD n.um. 4016/2017), en *Revista de Jurisprudencia Laboral*, núm. 1/2019,

Europea, en concreto al trabajo nocturno y al trabajo a turnos, si se desarrolla el trabajo en jornadas muy extensas resulta difícil la lactancia natural, el Tribunal Supremo se acomoda a la doctrina europea, en concreto a las sentencias Otero Ramos, de 19 de octubre 2017, asunto C-531/15, y González Castro, de 19 de septiembre 2018, asunto C-41/2017. A partir de la Sentencia de Otero Ramos del Tribunal de Justicia de la Unión Europea era necesario deliberar sobre la distribución de la carga de la prueba, porque el riesgo principal que el tiempo de trabajo puede generar a las madres lactantes, es la mastitis, causada por la falta de extracción adecuada, periódica, o en momento oportuno, de la leche materna en periodo de lactancia, por lo que la mujer que no cumpla con las pautas determinadas se enfrenta a un riesgo, estableciendo la Sentencia que la carga de la prueba recae sobre el empresario cuando en la evaluación de riesgos no determine de manera específica la incidencia de los riesgos del puesto de trabajo durante el periodo de lactancia.

8.6.4.2. La protección a menores.

Hay dos factores que justifican la protección preventiva de los menores, como expresa MOLL NOGUERA¹¹³⁴, por una parte el menor carece de experiencia por su propia edad, no puede ser tan consciente como un adulto de los riesgos que pueden suponer la prestación laboral, este hecho le convierte en más vulnerable, por eso el legislador presume que los trabajadores menores poseen una capacidad menor para valorar y percibir el peligro real o potencial en el trabajo tampoco están preparados para disminuir su incidencia; y por otra parte es importante el desarrollo corporal del menor, porque al encontrarse en una etapa biológica de desarrollo hay que intentar que la prestación laboral no suponga un impedimento en su crecimiento normal.

¹¹³⁴ MOLL NOGUERA, R.: “Trabajadores especialmente sensibles y la protección d Ley Prevención de Riesgos Laborales.e menores”, en *Análisis practico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit., págs. 456-457.

El artículo 27 de la LPRL, en relación al artículo 25 LPRL, transpone la Directiva 94/33 CEE del Consejo, de 22 de junio 1994, relativa a la protección de menores, en relación al aspecto subjetivo, se aplican de manera exclusiva a los menores de dieciocho años¹¹³⁵.

En relación a los factores objetivos, serán por una parte, aquellos puestos de trabajo que haya riesgo o exposición a riesgos específicos que puedan afectar a la salud de los jóvenes trabajadores, en opinión de LOPEZ GANDIA¹¹³⁶, la LPRL es menos exigente porque solo se refiere a riesgos derivados de agentes físicos, biológicos y químicos, en cambio la Directiva 94/33 CEE, es más exigente porque habla de evaluación de riesgos respecto a los equipos, agentes, máquinas, aparatos e instrumentos, y su manipulación, lugar y puesto de trabajo, métodos de trabajo y estado o formación de los jóvenes. Y por otra parte, serán aquellos trabajos o relaciones de trabajo que están prohibidos a los menores, según artículo 7 de la Directiva 94/33 CEE, por ser nocivos, tóxicos peligrosos o insalubres según el Decreto 26 de julio 1957 porque según establece el artículo 27.2 LPRL “el Gobierno establecerá las limitaciones a la contratación de jóvenes menores de dieciocho años en trabajos que presenten riesgos específicos”, por tanto mientras no se establezcan, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹¹³⁷, continúan en vigor, según la disposición derogatoria única b) LPRL, las reglas previstas en el Decreto 26 de julio 1957, pero esta norma no obedece a la realidad actual

¹¹³⁵ En nuestro ordenamiento jurídico laboral se prohíbe de manera expresa la admisión al trabajo de trabajadores menores de dieciséis años, artículo 6.1 Estatuto de los Trabajadores, pero con excepciones, se permite contratar a trabajadores menores de dieciséis años en el marco de una relación especial de artistas en espectáculos públicos, siempre que cuenten con la autorización administrativa y no suponga ningún peligro para su salud física ni para su formación profesional y humana, artículo 2 RD 1435/1985.

¹¹³⁶ LOPEZ GANDIA, J.: “Marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales”, en *Curso de prevención de riesgos laborales*, ob. cit., pág. 231.

¹¹³⁷ CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 205.

porque establece prohibiciones en una concepción de seguridad y salud laboral que no responde a la que debe existir en estos momentos¹¹³⁸.

Para el caso de no observarse las normas específicas de prevención de riesgos laborales para menores, como expresa LOPEZ GANDIA¹¹³⁹, la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social lo califica como infracción muy grave; en este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de marzo 1992 (recurso núm. 8809/92), en el supuesto donde un menor sufrió un accidente de trabajo, declara que la obligación de la empresa no se cumplió con la mera prohibición al menor de no usar una sierra, sino que era necesario la adopción de medidas para hacer efectiva esa prohibición, lo correcto hubiera sido retirar la misma del alcance del menor.

8.6.4.3. La protección de trabajadores temporales y en empresas de trabajo temporal.

El artículo 28 LPRL regula la protección de los trabajadores temporales, de duración determinada y en empresas de trabajo temporal, este artículo es una transposición de la Directiva marco 89/391 CEE y la Directiva específica 91/383. Pero, como expresa LOPEZ GANDIA¹¹⁴⁰, el artículo 28 se limita a copiar literalmente la Directiva 91/383 sin proceder a una transposición completa, por lo que se ha tenido que recurrir a normas reglamentarias para llevar a cabo una transposición completa.

¹¹³⁸ Vid. MOLL NOGUERA, R.: "Trabajadores especialmente sensibles y la protección d Ley Prevención de Riesgos Laborales.e menores", en *Análisis practico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit., págs. 456-460.

¹¹³⁹ LOPEZ GANDIA, J.: "Marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales", en *Curso de prevención de riesgos laborales*, ob. cit. pág. 231.

¹¹⁴⁰ LOPEZ GANDIA, J.: "Marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales", en *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit., pág. 232.

8.6.4.3.1. La protección de trabajadores temporales.

Los trabajadores temporales son un grupo especialmente sensible a los riesgos laborales debido a la menor experiencia e integración en la empresa, menor formación y trabajos de mayor riesgo, por lo que el empresario está obligado a adoptar una serie de medidas específicas como: a) informar a los trabajadores temporales antes de la contratación o del inicio de la actividad en relación a los riesgos a que van a estar expuestos y la necesidad de cualificaciones o aptitudes profesionales; b) exigir controles médicos especiales para el puesto de trabajo; c) relacionar los riesgos específicos del puesto de trabajo a cubrir deberá la empresa adoptar medidas de protección y prevención frente a los mismos. Los trabajadores temporales, como expresa LOPEZ GANDIA¹¹⁴¹, deben disfrutar del mismo nivel de protección que los trabajadores con contrato de duración indefinida, no hay motivo que pueda justificar la diferencia de trato.

8.6.4.3. 2. La protección de trabajadores en empresas de trabajo temporal.

El desconocimiento del oficio y del lugar de trabajo, la inexperiencia y la insuficiente acogida por la empresa, como expresa LOPEZ BALAGUER¹¹⁴², cooperan a que por el hecho de ser contratado un trabajador por una ETT para prestar servicios en una empresa usuaria, ya de por sí supone un riesgo para la salud y la seguridad.

Junto al artículo 28 LPRL regulan esta protección la Directiva 89/391 CEE y la Directiva 91/383 CEE, destacando la peculiaridad que supone, cuando se recurre a ETT, el carácter triangular de la relación de trabajo.

¹¹⁴¹ LOPEZ GANDIA, J.: "Marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales", en, *Curso de prevención de riesgos laborales. ob. cit.*, pág. 232.

¹¹⁴² LOPEZ BALAGUER, M.: "La prevención de riesgos laborales y empresas de trabajo temporal" ", en *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit., págs. 461-462.

Hay unas actividades consideradas especialmente peligrosas, y por tanto quedan censuradas para la contratación por las ETT, que establece el artículo 8.b) de la Ley ETT¹¹⁴³, según las previsiones del artículo 5.1 de la Directiva 91/383 CEE, no podrá celebrarse el contrato de puesta a disposición “para la realización de trabajo u ocupaciones especialmente peligrosas para la seguridad y salud en el trabajo, en los términos previstos en la disposición adicional segunda de esta Ley y, de conformidad con está, en los convenios o acuerdos colectivos”. El artículo 8.b) remite a la disposición adicional segunda de la Ley ETT, estableciendo, como expresa LOPEZ GANDIA¹¹⁴⁴, la prohibición a las actividades que impliquen la exposición a radiaciones ionizantes, agentes biológicos y agentes cancerígenos, mutagénicos o tóxicos para la reproducción.

La Ley 35/2010 introdujo importantes modificaciones en relación a las actividades prohibidas para ser contratadas por ETT, limitó el número de las actividades prohibidas, por tanto en relación a estas limitaciones, como expresa LOPEZ BALAGUER¹¹⁴⁵, será la negociación colectiva la encargada de regular las limitaciones a poder recurrir a las ETT por motivos de seguridad y salud en aquellas actividades que antes eran prohibidas en la construcción como la minería a cielo abierto o interior, las industrias extractivas de sondeos en superficies terrestres, los trabajos en plataformas marinas, la fabricación, manipulación y utilización de explosivos y los trabajos con riesgos eléctricos en alta tensión. Y las previsiones de limitaciones en los acuerdos colectivos habrán de cumplir con los requisitos exigidos en la disposición adicional 2ª. 2 de la Ley ETT, deben referirse a ocupaciones y puestos de trabajo concretos

¹¹⁴³ Ley 14/1994, de 1 de junio, por la que se regulan las empresas de trabajo temporal. La regulación actual es consecuencia de la reforma que se introdujo por la Ley 35/2010.

¹¹⁴⁴ LOPEZ GANDIA, J.: “Marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales”, en *Curso de prevención de riesgos laborales. ob. cit.*, pág. 235.

¹¹⁴⁵ LOPEZ BALAGUER, M.: “La prevención de riesgos laborales y empresas de trabajo temporal””, *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales. ob. cit.*, pág. 465.

con el objetivo de eliminar prohibiciones genéricas y, se exige que las restricciones se fundamenten en un informe razonado que se acompañará a la documentación exigida para el registro, depósito y publicación del convenio o acuerdo colectivo por la autoridad laboral.

Ante la compleja situación triangular¹¹⁴⁶, tanto la Ley ETT como la LPRL diseñan un modelo de prevención de riesgos para los trabajadores puestos a disposición, este modelo supone la distribución entre la ETT y la empresa usuaria del conjunto de obligaciones que en una relación asume el empresario, todo ello sin olvidar, como establece el artículo 28.1 LPRL, que los trabajadores puestos a disposición tienen derecho a la misma protección que los trabajadores contratados directamente por la empresa usuaria.

La empresa usuaria tiene el deber de información, como expresa LOPEZ BALAGUER¹¹⁴⁷, a diferentes personas: a) a la ETT, con carácter previo a la celebración del contrato de puesta a disposición y, en el mismo contrato también comunicará la información relativa a las características del puesto y a los riesgos que puedan derivar de la prestación laboral; b) al trabajador se le ha de procurar la información necesaria sobre los riesgos del puesto de trabajo, la necesidad de cualificaciones o aptitudes profesionales, la exigencia de controles médicos especiales, artículo 28.2 LPRL; c) al servicio de prevención constituido en su empresa debe informar que se van a incorporar trabajadores de la ETT, artículo 28.4 LPRL; d) y también ha de comunicar a los representantes de los trabajadores en su empresa la incorporación de un trabajador temporal en la misma.

Por su parte, la ETT también tiene obligaciones en materia de seguridad del trabajador cedido: a) tiene la labor de formar a los trabajadores, (artículos

¹¹⁴⁶ Vid. LOPEZ BALAGUER, M.: *Prevención de riesgos laborales y ETT*. Valencia 2000. Editorial Tirant lo Blanch. págs. 22 y ss.

¹¹⁴⁷ LOPEZ BALAGUER, M.: "La prevención de riesgos laborales y empresas de trabajo temporal" ", en *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*. ob. cit., págs. 461-462.

28.5 LPRL y 12.3 de Ley ETT), tienen la obligación de invertir el 1% de la masa salarial (artículo 12.2 Ley ETT); b) es responsable de la vigilancia de la salud del trabajador puesto a disposición; y c) también tiene el deber de informar al trabajador sobre las características del puesto a cubrir.

En cuanto al alcance de la responsabilidad de la ETT o de la empresa usuaria dependerá, como expresa LOPEZ GANDIA¹¹⁴⁸, de quien haya incumplido las obligaciones que le correspondían, la doctrina no es uniforme, un sector consideran que se producen obligaciones en paralelo¹¹⁴⁹ sin que se produzca entre las mismas solidaridad o subsidiaridad. En cambio, para otro sector doctrinal¹¹⁵⁰ la ETT, no puede quedar al margen por cuanto si el trabajo se presta debe vigilar de manera periódica la salud y proporcionar la formación adecuada, por este motivo impide liberarse de la suerte de los trabajadores cedidos, por lo que podría darse al margen de la propia responsabilidad subsidiaria¹¹⁵¹.

8.6.4.4. Otros trabajadores especialmente sensibles.

Incluidos en la lista de trabajadores especialmente sensibles se encuentran los trabajadores discapacitados, con capacidad funcional diferente, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹¹⁵², hay que mencionar que puede suceder que no todo trabajador discapacitado sea trabajador especialmente sensible y al contrario, dependerá de la actividad que realice y de cómo

¹¹⁴⁸ LOPEZ GANDIA, J.: “Marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales”, en *Curso de prevención de riesgos laborales. ob. cit.*, pág. 242.

¹¹⁴⁹ RODRIGUEZ RAMOS, M.J. y PEREZ BORREGO, G.: “Grupos especiales de riesgo” en OJEDA AVILES, A., ALARCON CARACUEL, M.R. y RODRIGUEZ RAMOS, M.J. (Coord.) *La prevención de Riesgos Laborales. aspectos clave de la Ley 31/1995*. Pamplona 1996. Editorial Aranzadi. pág. 447.

¹¹⁵⁰ GONZALEZ ORTEGA, S. y APARICIO TOVAR, J.: *Comentarios a la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales*. Madrid 1996. Editorial Trota. pág. 270.

¹¹⁵¹ Vid. LOPEZ BALAGUER, M.: “La prevención de riesgos laborales y empresas de trabajo temporal” , en *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit., págs. 461-462.

¹¹⁵² CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit. págs. 205-206.

repercuta en su estado de salud, y lo mismo sucede en las enfermedades profesionales, puede suceder que el trabajador discapacitado no sea trabajador especialmente sensible, pero al estar expuesto a agentes o factores de riesgo o realice actividades que estén catalogadas en el RD 1299/2006 se conviertan en trabajador especialmente sensible, en estos casos las medidas serán tan estrictas como las que se apliquen a cualquier otro trabajador, destacando la necesidad de adaptación del puesto de trabajo, adopción de medidas preventivas, permisos, descansos o la multifuncionalidad, pero la protección de un trabajador discapacitado ha de reforzarse en relación a un trabajador normal que realice la misma actividad peligrosa si es que le afecta a su salud de manera más intensa, por lo que en la evaluación de riesgos habrá de tenerse en cuenta la posibilidad de que estos trabajadores trabajen en aquellos puestos de trabajo que puedan provocar una enfermedad profesional. La formación, la información y la vigilancia de la salud deberán ser de manera específica y adaptada a las particularidades de la discapacidad.

Por parte del legislador se realiza una doble clasificación de trabajadores que se encuentran en esta situación, como expresa LOPEZ GANDIA¹¹⁵³, por una parte los trabajadores que debido a sus propias particularidades personales o estado biológico conocido, están incluidos los trabajadores que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, y por otra parte, de modo directo o indirecto, reconoce a aquellos trabajadores que se encuentre en una situación semejante, independientemente de que dicha situación haya sido consecuencia de un determinado puesto de trabajo concreto.

En el caso de las enfermedades profesionales, puede haber trabajadores que por su propia sensibilidad se vean más afectados por los riesgos que

¹¹⁵³ LOPEZ GANDIA, J.: "Grupos especiales de riesgo", en *Curso de prevención de riesgos laborales. ob. cit.*, pág. 244.

puedan causar la enfermedad profesional, o que los que los riesgos a los que se expone el trabajador y que son productores de una enfermedad profesional les convierta en trabajadores especialmente sensibles, pero, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹¹⁵⁴, esto no impedirá que el trabajador permanezca en activo.

Para determinar cuando un trabajador es especialmente sensible existen dos herramientas principales y que deben estar coordinadas, concretamente la evaluación de riesgos y la vigilancia de la salud.

Cuando se produce el nexo causal entre trabajo, especial sensibilidad y enfermedad profesional, como expresa CARRERO DOMINGUEZ¹¹⁵⁵, supone que, la empresa deberá procederá a adoptar las medidas específicas y concretas para el trabajador especialmente sensible como si el trabajador necesita de una adaptación del puesto de trabajo, de la utilización de EPIs especiales, o también puede darse el caso de resultar no apto para el puesto de trabajo.

8.6.5. Prevención de riesgos psicológicos.

La empresa como titular del poder de dirección de la actividad empresarial y, por tanto es el principal obligado a que se efectúe el de derecho de los trabajadores a la protección y seguridad en el trabajo, como expresan NAVARRO MORROS y SALAZAR VAL¹¹⁵⁶, por lo que le corresponde adoptar, de conformidad con el artículo 14 LPRL, todas las medidas necesarias para que se cumpla este derecho.

¹¹⁵⁴ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 206.

¹¹⁵⁵ CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional" en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 207.

¹¹⁵⁶ NAVARRO MOROS, M.J. y SALAZAR VAL, M.D.: "Los riesgos psicosociales", en *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit., pág. 134.

Pero la prevención de riesgos psicosociales no es una tarea fácil porque el análisis de los riesgos psicosociales no se consolida hasta las últimas décadas del siglo XX. Si bien en la actualidad se ha producido un avance en esta materia, como expresan SANCHEZ PEREZ y SILVAGGI¹¹⁵⁷, en el ámbito protector a nivel normativo sobre todo por la vinculación que tienen los riesgos psicosociales con el tratamiento y tutela que se brinda alrededor de los comportamientos que afectan a la salvaguarda de los derechos fundamentales de los trabajadores como, el derecho al honor, a la intimidad, a la integridad moral o a la dignidad.

La importancia de este tema ha supuesto la implicación tanto de la OIT, como la OMS, en este sentido la política comunitaria en materia de salud en el trabajo ha propuesto iniciativas para promocionar el bienestar en el trabajo que, no solo abarcan el aspecto psico-físico sino que también incluyen el ámbito moral y social¹¹⁵⁸.

La Directiva marco 89/391 CEE en el artículo 5 establece la obligación del empresario de garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo. El artículo 14.2 de LPRL, que es la trasposición de la Directiva 89/391, establece una obligación genérica de seguridad y salud en el trabajo, pero fue, como expresan SANCHEZ PEREZ y SILVAGGI¹¹⁵⁹, el Reglamento de los Servicios de Prevención en el artículo 34, cuando al describir la formación necesaria para alcanzar la condición de técnico superior en prevención de riesgos laborales en la especialidad de

¹¹⁵⁷ SANCHEZ PEREZ, J. y SILVAGGI, F.: “La prevención de riesgos psicosociales: una perspectiva comparada (Italia-España), en *Revista Internacional y comparada de RELACIONES LABORALES Y DERECHO DEL EMPLEO*. Volumen 5, núm. 3 de 2017, págs. 172-191.

¹¹⁵⁸ AA.VV.: *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo ¿La sal de la vida o el beso de la muerte?*, Comisión Europea. Dirección General de Empleo. Luxemburgo (Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas). 1999.

¹¹⁵⁹ SANCHEZ PEREZ, J. y SILVAGGI, F.: “La prevención de riesgos psicosociales: una perspectiva comparada (Italia-España)”, en *Revista Internacional y comparada de RELACIONES LABORALES Y DERECHO DEL EMPLEO*. ob. cit. págs. 173-192.

Ergonomía y Psicología, cuando se reconocen a los factores psicosociales como factores de riesgo que pueden afectar a la salud del trabajador.

Para poder analizar la incidencia de los riesgos psicosociales son importantes los factores organizativos de los nuevos modelos productivos que están condicionados por la globalización y la incidencia de las nuevas tecnologías, sin olvidar el paso del modelo industrial al modelo terciario de la economía.

En el vigente artículo 16 LPRL, según versión derivada de la Ley 54/2003¹¹⁶⁰, la evaluación de los riesgos psicológicos ya ha adquirido un papel importante.

Según establece el artículo 15.b) LPRL, deberá ser objeto de valoración todos aquellos riesgos que cumplan dos condiciones, a saber, que no se hayan podido eliminar y, que puedan afectar a la salud y a la seguridad de los trabajadores en el ejercicio de su actividad laboral.

Los riesgos psicosociales pueden provenir de muy diferentes vías, como expresan NAVARRO MORROS y SALAZAR VAL¹¹⁶¹, como son las condiciones de trabajo y del puesto desempeñado, la tecnología que se utiliza, el clima de trabajo en la empresa, a ello hay que añadir que los daños que provoquen los riesgos psicosociales se pueden manifestar a medio y a largo plazo, por lo que es difícil realizar tareas preventivas antes de que aparezcan los riesgos, y además estos daños pueden derivar de situaciones que provengan de

¹¹⁶⁰ BLASCO LAHOZ, J.F.: "Marco normativo en materia de Prevención de Riesgos Laborales" en *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit. pág. 78. La LPRL fue modificada por la Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales, que tiene como finalidad ejecutar las medidas contenidas en el acuerdo de la Mesa de Diálogo Social sobre Prevención de Riesgos Laborales de 30-10-2002, firmado por el Gobierno, CEOE, CEPYME, CCOO y UGT.

¹¹⁶¹ NAVARRO MOROS, M.J. y SALAZAR VAL, M.D.: "Los riesgos psicosociales", en *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit., pág. 136.

diferentes factores, del trabajo de problemas personales o familiares del trabajador.

Por otro lado, los efectos de los riesgos psicológicos pueden repercutir, como expresan SANCHEZ PEREZ y SILVAGGI¹¹⁶², tanto sobre la salud y seguridad de los trabajadores, produciendo efectos sobre la salud física de los trabajadores, produciendo afecciones, como las de tipo vascular, afectación sobre el sueño y el descanso, sobre el sistema musculoesquelético, pueden afectar a la salud psíquica de los trabajadores que se expresaran mediante la ansiedad, la depresión, el síndrome del trabajador quemado, el estrés laboral; como también pueden repercutir sobre los resultados y la eficiencia de las empresas así cabría destacar la disminución de la productividad, la causación de procesos de incapacidad temporal, el incremento de la conflictividad laboral y del absentismo.

En los riesgos psicosociales es importante la vigilancia de la salud, como expresan NAVARRO MORROS y SALAZAR VAL¹¹⁶³, porque algunos de estos riesgos, como por ejemplo el estrés y la violencia pueden ser detectados mediante la vigilancia sanitaria que se realice a los trabajadores que en su puesto de trabajo se haya detectado factores de riesgo psicosocial. También es importante que las empresas lleven a cabo declaraciones y códigos de buenas prácticas o protocolos de actuación como por ejemplo la Ley Orgánica 3/2007, de Igualdad de Mujeres y Hombres que en el artículo 48 exige para el acoso sexual y el acoso por razón de sexo. Estos protocolos, actualmente se han ampliado mediante Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, al implantar la obligación de los planes de igualdad a las empresas de

¹¹⁶² SANCHEZ PEREZ, J. y SILVAGGI, F.: “La prevención de riesgos psicosociales: una perspectiva comparada (Italia-España)”, en *Revista Internacional y comparada de RELACIONES LABORALES Y DERECHO DEL EMPLEO*. ob. cit. págs. 173-192.

¹¹⁶³ NAVARRO MOROS, M.J. y SALAZAR VAL, M.D.: “Los riesgos psicosociales”, en AA.VV. (Directores TOSCANI GIMENEZ, D. y ALEGRE NUENO, M.) *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*. pág. 134.

50 o más trabajadores, y por ende también referido a la prevención de acoso sexual y por razón de sexo.

8.6.6. La prevención del Trabajador Autónomo.

El artículo 4.3.e) Ley del Estatuto del Trabajador Autónomo¹¹⁶⁴ (en adelante LETA) establece que los trabajadores autónomos tienen derecho “a su integridad física y a una protección adecuada de su seguridad y salud en el trabajo”.

Por otra parte, dentro de los deberes básicos de los trabajadores autónomos como establece el artículo 5.b) de LETA se encuentra “cumplir con las obligaciones en materia de seguridad y salud laboral que la ley o los contratos que tengan suscritos le impongan, así como también seguir las normas de carácter colectivo derivadas del lugar de prestación de los servicios”.

Hasta la reforma producida por el RD 28/2018, de 28 de diciembre, los autónomos podían optar entre cotizar por contingencias profesionales o no realizarlo, como expresa LOPEZ GANDÍA¹¹⁶⁵, solo estaban en sí protegidos desde el punto de vista de la coordinación de actividades empresariales. Con la entrada en vigor el 1 de enero de 2019 los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos deberán cotizar de manera obligatoria también por las contingencias profesionales, en

¹¹⁶⁴ Ley 20/2011, de 11 de julio, del Estatuto del trabajador autónomo.

¹¹⁶⁵ LOPEZ GANDIA, J.: “La Prevención de Riesgos Laborales en relaciones no laborales (autónomos y prácticas en empresa)”, en *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit., pág. 162.

este sentido queda recogido en el artículo 316.1 LGSS y artículo 26.1.c) de LETA¹¹⁶⁶.

Los derechos y deberes en materia preventiva de los trabajadores autónomos están regulados en el artículo 24.5 de la LPRL y el artículo 8 de LETA. El primero establece la obligación de cooperar el trabajador autónomo en materia preventiva siempre que preste sus servicios en centros de trabajo donde pueda coincidir con trabajadores de otras empresas, remitiéndose a las obligaciones de los apartados 1 y 2 del artículo 24, por lo que el trabajador autónomo deberá implicarse en la coordinación y deberá informar al empresario que le ha contratado de los riesgos que pueden desprenderse de su actividad profesional y que pueda repercutir a otros trabajadores, como también el empresario que le ha contratado deberá informarle de los riesgos que se desprenden de las actividades de su centro de trabajo y que puedan repercutirle.

Por su parte, el artículo 8 de LETA ha añadido nuevas previsiones, como expresa LOPEZ GANDÍA¹¹⁶⁷, algunas son programáticas como la obligación de las Administraciones Públicas competentes, las cuales deberán asumir un papel activo en relación con la prevención de riesgos laborales de los trabajadores autónomos, por medio de actividades de promoción de la prevención, asesoramiento técnico, vigilancia y control del cumplimiento de la normativa de la prevención de riesgos laborales, artículo 8.1 LETA, y de promover una formación en prevención específica y adaptada a las peculiaridades de los trabajadores autónomos. En materia de coordinación de actividades el artículo 8.3 LETA se inspira en los artículos 24 y 42 de LPRL,

¹¹⁶⁶ En la Disposición adicional tercera se establece que a partir del 1 enero 2019 es obligatorio la cotización por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

¹¹⁶⁷ LOPEZ GANDIA, J.: “La Prevención de Riesgos Laborales en relaciones no laborales (autónomos y prácticas en empresa)”, en *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*. ob. cit., pág. 162.

implicando al trabajador autónomo en los deberes de cooperación, información e instrucción.

El RD 171/2004, de 30 de enero, por el que se desarrolla el artículo 24 de la LPRL, en materia de coordinación de actividades empresariales, y por tanto regula los deberes de cooperación y de información que afecten a los trabajadores autónomos¹¹⁶⁸.

De igual manera hay que tener en cuenta la Ley 32/2006, de 18 de octubre, reguladora de la subcontratación en el sector de la construcción, establece una serie de garantías en la coordinación de las actividades preventivas, que van dirigidas a evitar que la falta de control en esta forma de organización productiva, donde hay un exceso de cadenas de subcontratación en la construcción, ocasione situaciones objetivas de riesgo para la salud y seguridad de los trabajadores, y tiene en cuenta al trabajador autónomo, al que define como persona distinta del contratista y subcontratista, que realiza de forma personal y directa una actividad profesional.

Por otra parte, la Ley de Infracciones y Sanciones del Orden Social en el artículo 12.13 establece como sanción grave el hecho de que, los empresarios y los trabajadores por cuenta propia que desarrollen actividades en un mismo centro de trabajo, no adopten las medidas de cooperación y coordinación y coordinación necesarias para la protección y prevención de riesgos laborales, y el artículo 13.17 de la misma Ley establece que es infracción muy grave cuando se trate de actividades reglamentariamente consideradas como peligrosas o con riesgos especiales.

Las empresas que contraten con trabajadores autónomos la realización de obras o servicios correspondientes a la propia actividad de las empresas, y

¹¹⁶⁸ Vid. LAHERA FORTEZA, J.: "Prevención de riesgos laborales de los autónomos tras la Ley 54/2003 y RD 171/2004", en *Documentación Laboral*, núm. 70-2004. págs. 87-108.

que se desarrollen en sus propios centros de trabajo deberán vigilar el cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales por estos trabajadores, en este sentido el artículo 8.4 LETA, considera LOPEZ GANDÍA¹¹⁶⁹, que sería conveniente que los autónomos fueran incluidos en el plan de evaluación de riesgos de la empresa, se deberían o bien aplicar los mismos criterios que si se tratara de un contratista, pero no hay norma que obligue al autónomo a elaborar un plan de prevención con los datos e informaciones que les proporcione el contratista o bien, que se les asimilara de alguna forma a los trabajadores por cuenta ajena de la empresa.

Cuando los trabajadores autónomos deban operar con maquinaria, equipos, productos, materias o útiles proporcionados por la empresa para la que ejecuten su actividad, pero no realicen esa actividad en el centro de la empresa, será ésta la que asumirá las obligaciones consignadas en el último párrafo del artículo 41.1 LPRL, que se refiere a obligaciones de fabricantes, importadores y suministradores.

Resumiendo, el autónomo es un sujeto obligado a colaborar en las políticas preventivas, como expresa LOPEZ GANDÍA¹¹⁷⁰, pero al mismo tiempo, de modo indirecto beneficiario también, que además puede pedir responsabilidades sancionadoras y civiles para el caso que se produjeran daños y perjuicios por culpa de principales y contratistas. Pero, también, son deudores de seguridad de sí mismos y en aquello que es obligación de ellos mismos, pero no parece que pueda establecerse un deber de vigilancia de contratista o subcontratista que lo hayan contratado, ni tampoco de velar porque usen los medios de protección o los equipos de trabajo adecuados. No

¹¹⁶⁹ LOPEZ GANDIA, J.: "La Prevención de Riesgos Laborales en relaciones no laborales (autónomos y prácticas en empresa)", *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit., pág. 165.

¹¹⁷⁰ LOPEZ GANDIA, J.: "La Prevención de Riesgos Laborales en relaciones no laborales (autónomos y prácticas en empresa)", en *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit., pág. 162.

hay en la LPRL ni en el artículo 8 LETA referencia alguna en cuanto a configurar un deber de vigilancia claro entre empresa y autónomo, sino tan solo una obligación de cooperación e información.

8.6.7. Adicciones en el mundo laboral.

En primer lugar mencionar que nuestro ordenamiento jurídico laboral tiene un tratamiento muy anticuado de las adicciones, como expresa ALFONSO MELLADO¹¹⁷¹, en realidad solo contempla el alcoholismo y la toxicomanía, pero no menciona otras adicciones más modernas, como el sexo, internet, la ludopatía, etc. Es más, las que contempla solo lo realiza a efectos meramente sancionadores y de despido.

En el Congreso Internacional de Promoción de la Salud que se celebró en Ottawa, en noviembre de 1986, se definía la promoción de la salud como un proceso de capacitación de la población para incrementar el control sobre su salud y de esta manera mejorarla.

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, en los artículos 32 y 33 se establece que el objetivo de la salud laboral consiste en obtener el más alto grado de bienestar, físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de este en el entorno, fomentando la promoción de la salud en el lugar de trabajo mediante el desarrollo de entornos y hábitos de vida saludables. Y en este aspecto considera LLORCA RUBIO¹¹⁷², que la Medicina del Trabajo deberá promover con carácter general la salud

¹¹⁷¹ ALFONSO MELLADO, C.L.: “Aspectos jurídicos y técnicos en relación a las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral”, en *Jornadas: la prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral*, en Valencia el 23 de febrero 2017 en el salón de actos de UGT-PV.

¹¹⁷² LLORCA RUBIO, J.L.: “Aspectos jurídicos y técnicos en relación a las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral”. cit.”, en *Jornadas: la prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral*, en Valencia el 23 de febrero 2017 en el salón de actos de UGT-PV.

integral del trabajador. Por ello el médico de trabajo estará obligado a colaborar en las campañas de salud pública sobre promoción de la salud, en las campañas de lucha contra el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Y dentro de esta promoción de la salud hay que tener en cuenta que los consumos de alcohol y drogas, como expresa MIÑARRO YANINI¹¹⁷³, en los ambientes laborales¹¹⁷⁴ es un auténtico problema a tener en cuenta en la realidad laboral de nuestro país. Aunque la mayor parte de estos consumos tiene un origen multicausal, pero en algunos casos se aprecia la existencia de una relación directa o indirectamente entre el trabajo y el consumo. Indistintamente que pueda tener o no una relación causal entre el ámbito laboral y los consumos de alcohol y drogas, el ambiente laboral puede tener tanto un efecto negativo, bien causando o bien potenciándolo más, como un efecto positivo, previniendo o recuperando los efectos negativos.

Hay que tener en cuenta que un trabajador con consumos de alcohol u otras drogas multiplica el riesgo de siniestralidad laboral, incrementa el porcentaje de absentismo, detiene la productividad, deteriora la calidad del trabajo, perjudicando el clima laboral, y esto puede conllevar más costes para la empresa y puede repercutir negativamente en la competitividad de la empresa, por lo que son razones que justificarían que la misma se implicara, como expresa MIÑARRO YANINI¹¹⁷⁵, en la prevención y tratamiento de consumos problemáticos por parte de los trabajadores.

Esta problemática aumenta en el sistema de la Seguridad Social porque pueden dar lugar a situaciones de incapacidad temporal, como expresa

¹¹⁷³ MIÑARRO YANINI, M.: “El modelo regulador de las adicciones en los ambientes de trabajo en España: contradicciones y propuestas de cambio”, en *Temas Laborales* núm. 134/2016. pág. 109.

¹¹⁷⁴ Es significativo el consumo de alcohol de riesgo en la construcción, agricultura, pesca, ganadería e industrias extractivas y hosteleras, y el consumo de hipnosedantes en el trabajo domestico, educación, sanidad y servicios sociales.

¹¹⁷⁵ MIÑARRO YANINI, M.: “El modelo regulador de las adicciones en los ambientes de trabajo en España: contradicciones y propuestas de cambio”, en *Temas Laborales*, ob. cit. pág. 111.

ALFONSO MELLADO¹¹⁷⁶ e, incluso, a situaciones de incapacidad permanente para el trabajo, por estos motivos la negociación colectiva debería introducir reglas al respecto como valorar reglas preventivas y aprobar protocolos de actuación, que no se produjese la extinción de la relación laboral sin un previo tratamiento de rehabilitación y reinserción. La evaluación de riesgos debería establecer medidas en función de los riesgos reales laborales, así como plantear reconocimientos médicos sin finalidades desviadas.

Mediante la negociación colectiva se podría proceder a acordar la identificación o delimitación de las situaciones o puestos de trabajo, como expresa TALENS VISCONTI¹¹⁷⁷, que reúnen los requisitos establecidos en la ley para determinar como obligatorios los reconocimientos médicos para el control de detección de drogas, o contemplar la posibilidad de que el empresario pueda realizar inspecciones clínicas cuando se observen conductas llamativas o, ante determinados comportamientos raros que realicen determinados trabajadores que estén ocupados en actividades que puedan originar algún peligro para terceras personas. Es evidente que el consumo de drogas es un peligro para la salud de cualquier persona, por tanto cuando solo está en peligro la salud del propio trabajador y el consumo de drogas no repercute en la ejecución del trabajo será necesario el consentimiento del propio trabajador para proceder a realizar los reconocimientos médicos, porque el trabajador es libre de decidir sobre su salud, este criterio es el seguido por el Tribunal Constitucional en la Sentencia 15 de noviembre 2004 (recurso núm. 1322/2000) al establecer que la obligatoriedad del reconocimiento médico no puede imponerse si solo está en juego la salud del propio trabajador afectado

¹¹⁷⁶ ALFONSO MELLADO, C.L.: "Aspectos jurídicos y técnicos en relación a las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral", cit. en *Jornadas: la prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral*.

¹¹⁷⁷ TALENS VISCONTI, E. E.: "El régimen jurídico de los controles empresariales de detección de sustancias estupefacientes", en *Análisis práctico de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit. págs. 331-332.

por el consumo de estupefacientes sin el añadido de un riesgo o peligro cierto y objetivable. En cambio, sería menos cuestionada la excepción al principio de voluntariedad si el trabajador a consecuencia del consumo de drogas suponga un peligro para los demás trabajadores o incluso para terceras personas.

Pero, no obstante, la mayoría de los convenios colectivos, como expresa MIÑARRO YANINI¹¹⁷⁸, solo incluyen cláusulas disciplinarias ante conductas relacionadas con los consumos de alcohol y drogas, pero hay un número reducido de convenios colectivos que establecen articulaciones innovadoras que conllevan la implicación de la empresa en el tratamiento de los consumos problemáticos, que van más allá de la medida puramente represiva¹¹⁷⁹, y más afines con la faceta preventiva.

8.6.7.1. Adicciones en el mundo laboral. Acción represiva y punitiva.

La única referencia de manera específica en materia de drogodependencias se encuentra en el Estatuto de los Trabajadores en el artículo 54.2.f). Este artículo se basa, como expresa MIÑARRO YANINI¹¹⁸⁰, en la Ley de la Jefatura del Estado de 6 de noviembre 1941¹¹⁸¹, este artículo tiene un enfoque opresivo, con un tono moralizante, que no se ajusta a la visión

¹¹⁷⁸ MIÑARRO YANINI, M.: “El modelo regulador de las adicciones en los ambientes de trabajo en España: contradicciones y propuestas de cambio”, en *Temas Laborales*, ob. cit. pág., 112.

¹¹⁷⁹ Se pueden citar los convenios colectivos de asistencia de la tercera edad, personas dependientes, promoción de la autonomía personal, centros de día y de la mujer, ayuda a domicilio de titularidad pública y gestión privada de la Comunidad Valenciana (DOGV 8457 de 4 de enero 2019).

¹¹⁸⁰ MIÑARRO YANINI, M.: “El modelo regulador de las adicciones en los ambientes de trabajo en España: contradicciones y propuestas de cambio”, en *Temas Laborales*, ob. cit. pág., 113.

¹¹⁸¹ MIÑARRO YANINI, M.: “El modelo regulador de las adicciones en los ambientes de trabajo en España: contradicciones y propuestas de cambio”, en *Temas Laborales*, ob. cit. pág. 113. Esta Ley tenía la misma mentalidad que el legislador de la época, claras líneas moralizantes. Este supuesto de despido, si bien con algunos cambios, incluía la toxicomanía junto con la embriaguez y la exigencia de que repercutiese de manera negativa en el trabajo, se transmitió a la Ley 8/1980, que aprueba el Estatuto de los Trabajadores, y se ha mantenido de manera continua y sin variación alguna hasta la actualidad, a pesar de los continuos cambios sociales, culturales y políticos que se han producido en España

actual del alcoholismo y la toxicomanía como patologías, estas características consiguen que resulte un precepto descolocado y muy polémico.

Es cuestionable el artículo 54.2.f) del Estatuto de los Trabajadores porque aprecia la concurrencia en el trabajador de las exigencias generales, como expresa MIÑARRO YANINI¹¹⁸², de culpabilidad y gravedad, en relación a la culpabilidad el artículo considera que la embriaguez y la toxicomanía son voluntarias, pero esta afirmación no se puede sostener en la actualidad porque la adicción implica que la persona depende de la sustancia adictiva, la existencia de la conducta adictiva excluye la voluntariedad, por lo que el despido de la letra f) rompe la homogeneidad del artículo 54.2 es sancionador de conductas culpables en el resto de letras pero no siempre en la f).

En cuanto a la gravedad matizar que, la embriaguez ha de ser habitual y no esporádica, como expresa BLASCO PELLICER¹¹⁸³, pero en algunos casos, se considera incumplimiento grave la no habitual cuando con su conducta pueda poner en riesgo bienes y valores supremos, como es el caso de conductores, pilotos. En lo que respecta a la toxicomanía lleva implícita, ya por definición, la habitualidad por cuanto implica un hábito patológico en el consumo de drogas, por tanto un consumo esporádico no será suficiente para proceder al despido a menos que ponga el trabajador en riesgo a personas o bienes.

Por otra parte, el artículo exige que repercuta de manera negativa en el trabajo lo que puede consistir tanto que disminuya en el rendimiento como en la posibilidad de que se produzcan un mayor número de accidentes o lesiones, o incluso, en algún caso, de pérdida de imagen de la empresa. En este sentido,

¹¹⁸² MIÑARRO YANINI, M.: "El modelo regulador de las adicciones en los ambientes de trabajo en España: contradicciones y propuestas de cambio", en *Temas Laborales*, ob. cit. pág., 113.

¹¹⁸³ BLASCO PELLICER, A.: "La extinción del contrato de trabajo por voluntad del empresario" en *Derecho del Trabajo*, ob. cit. págs., 481-482.

encontramos sentencias que consideran el despido improcedente, como la del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 26 de octubre 2010 (recurso núm. 2057/2010) donde la empresa acredita la transgresión de la buena fe contractual debida a la conducción temeraria bajo los efectos de alcohol de un vehículo de la empresa con una tasa de alcoholemia de 0,42 mgs, considerando el tribunal “que el despido es improcedente, pues pese a superar los límites de alcohol establecidos, no se ha probado que tal ingesta influyera de forma negativa en la conducción ni que hubiera puesto en peligro la vida del conductor o terceros”. La conducta descrita no tiene cabida en el artículo 54.2.f) del Estatuto de los Trabajadores¹¹⁸⁴.

Además, el precepto es una reliquia desde un enfoque estrictamente represivo, no adecuado a un ordenamiento jurídico moderno como el nuestro, donde prevalecen los principios preventivos y de tutela de la salud. Y desde un punto de vista práctico es perjudicial a efectos de rehabilitación porque al ser despedido disminuye las posibilidades de recuperación. Es más al tener un tratamiento exclusivamente sancionador conlleva que se oculte el problema por lo que imposibilita que se puedan aplicar el tratamiento adecuado para su recuperación¹¹⁸⁵.

¹¹⁸⁴ En la Sentencia del Tribunal Superior de Madrid de 11 de diciembre 1989 establece que “si no se precian repercusiones en el trabajo no hay causa justificativa del despido aunque la conducta sea habitual”.

¹¹⁸⁵ MIÑARRO YANINI, M.: “El modelo regulador de las adicciones en los ambientes de trabajo en España: contradicciones y propuestas de cambio”, en *Temas Laborales*, ob. cit. pág. 115. El 2 de octubre 2000 el Boletín Oficial de las Cortes Generales –Congreso de los Diputados– de 6 de octubre 2000, el Grupo Parlamentario Popular presentara en el Congreso una Proposición de Ley cuyo único artículo disponía “se suprime la letra f) del apartado 2 del artículo 54 del Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo”. Esta proposición de ley que no llegó a aprobarse se fundamentaba en la necesidad de suprimir el precepto basándose en su idiosincrasia disfuncional, innecesaria y discriminatoria, porque se estaba sancionando la condición personal de alcohólico o toxicómano, no una conducta del trabajador, y por este motivo puede repercutir negativamente en el trabajador en vista a la rehabilitación y reinserción de estas enfermedades.

Desde el punto de vista práctico, y ante la gran casuística que ha generado diferentes valoraciones, por un lado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 22 de septiembre 2015 (recurso núm. 1406/2015) en este caso se le reconoce al trabajador una invalidez permanente total derivada de enfermedad común, solicitando el trabajador una invalidez permanente absoluta alegando “síndrome de dependencia del alcohol con consumo continuo”, solicitud que no fue admitida¹¹⁸⁶. En cambio otros casos entienden que es una conducta culpable y, por tanto merece sanción, como en la Sentencia del Tribunal Superior de Cataluña de 17 de enero 2013 (recurso núm. 5891/2012) se procedió al despido del trabajador por razones disciplinarias de conformidad con el artículo 54.2.f) del Estatuto de los Trabajadores, embriaguez o toxicomanía habitual al repercutir negativamente en el trabajo, por cuanto el trabajador, gruista, durante su jornada laboral presentaba síntomas de alcoholemia y al realizarle la prueba dio positivo¹¹⁸⁷.

8.6.7.2. Adicciones en el mundo laboral. Promocionar la faceta preventiva.

La Oficina Internacional del trabajo en Ginebra 1996, publicó un Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT llamado “Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo”¹¹⁸⁸, como los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas repercuten en la salud y bienestar de los trabajadores y además pueden generar muchos inconvenientes en el trabajo, por lo que las políticas en el lugar de trabajo para ayudar parecían obtener más resultados positivos tanto para

¹¹⁸⁶ En el mismo sentido Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sevilla, de 22 de abril 2008 (recurso núm. 2183/2007), en este caso se fundamenta el despido en la transgresión de la buena fe contractual y apropiación indebida, a pesar de encontrarse el trabajador asistido por el Centro Municipal de Intervención de Drogodependencia, donde acudia desde 1994 por consumo de alcohol.

¹¹⁸⁷ En el mismo sentido Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de marzo 2015 (recurso núm. 766/2014) se admite el despido procedente por embriaguez aunque no exista habitualidad.

¹¹⁸⁸ https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_112634.pdf

los trabajadores como para la empresa, por estos motivos la 259ª el Consejo de Administración de la OIT decidió convocar una Reunión de expertos en enero de 1995, la finalidad era examinar un repertorio de recomendaciones prácticas sobre el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Los puntos esenciales consistían en establecer políticas y programas que deberían promover la prevención, reducción y tratamiento de los problemas en materia de alcohol y drogas en el lugar de trabajo. Siendo estos problemas tratados como problemas de salud y tratarse sin ningún tipo de discriminación, evaluando los efectos y colaborando empleadores y trabajadores en la elaboración de una política para la empresa en esta materia. Fomentando la prevención mediante programas de información, instrucción y capacitación.

En cambio en el marco de la Unión Europea, como expresa MIÑARRO YANINI¹¹⁸⁹, no hay actuaciones ambiciosas en materia de consumo de alcohol y drogas, sino que el tratamiento preventivo es desalentador, solo es tratado desde la perspectiva del “soft law”¹¹⁹⁰, se ha desarrollado acciones desde unas perspectivas generales pero no en el ámbito laboral.

A nivel nacional, el tratamiento de las adicciones a parte de la vía sancionadora del artículo 54.2.f) del Estatuto de los Trabajadores, existen otras vías como la institucional que encontramos la Estrategia Nacional sobre Drogas 2017-2024¹¹⁹¹, desde que se creó el Plan Nacional sobre Drogas en julio 1985, y desde una perspectiva amplia del tratamiento integral de los

¹¹⁸⁹ MIÑARRO YANINI, M.: “El modelo regulador de las adicciones en los ambientes de trabajo en España: contradicciones y propuestas de cambio”, en *Temas Laborales*, ob. cit. pág. 119.

¹¹⁹⁰ Soft law: conjunto de instrumentos que carecen de rango normativo en sentido convencional, normas que no se someten a rigurosos controles de legalidad. https://www.google.com/search?q=soft+law+definicion&rlz=1C1GGRV_enES748ES748&oq=soft+law&aqs=chrome.4.69i57j69i59j0l4.7720j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

¹¹⁹¹file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ESTRATEGIA%20NACIONAL%20SOBRE%20ADICCIONES.pdf.

consumos problemáticos, siendo la prevención muy importante, las intervenciones preventivas se pueden desarrollar en diferentes ámbitos, siendo el lugar de trabajo importante para la actuación preventiva en materia de adicciones. La actuación en materia de prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral, como expresa MIÑARRO YANINI¹¹⁹², requiere de una serie de estrategias y actuaciones específicas que se desarrollen en la población laboral, se han de regir por el enfoque de salud integral, y en las cuales será necesaria la implicación tanto de las empresas como de los trabajadores y sus representantes, todos conjuntamente con los servicios de prevención de riesgos laborales. Por otra parte, también los Planes Autonómicos en materia de drogas, es necesaria su actuación de conformidad con la Estrategia Nacional, han reconocido el medio laboral como ámbito adecuado para implantar las medidas de intervención orientadas a la promoción de la salud.

La otra vía a nivel nacional además, de la sancionadora y la institucional, se encuentra mediante el marco de compromisos adoptados entre los interlocutores sociales, que solo tiene valor obligacional. Así, encontramos el Acuerdo IV para el empleo y la Negociación Colectiva (2018-2019-2020), que se prorroga en sus propios términos el Acuerdo III para el empleo y la Negociación Colectiva, en esta materia en el capítulo II punto 7 en otras materias se refiere que “sería conveniente abordar la problemática que se deriva del consumo de alcohol, drogas y otras sustancias y establecer instrumentos para, en el marco de la prevención de accidentes de trabajo, identificar y buscar solución a las situaciones y riesgos de dicho consumo”. Pero, en atención al documento 15 reformas para consolidar la recuperación¹¹⁹³ que presentaron a pesar de los esfuerzos institucionales y los compromisos adquiridos por los agentes sociales, como expresa

¹¹⁹² MIÑARRO YANINI, M.: “El modelo regulador de las adicciones en los ambientes de trabajo en España: contradicciones y propuestas de cambio”, en *Temas Laborales*, ob. cit. pág. 120.

¹¹⁹³ La CEOE y CEPYME proponen una serie de actuaciones ante las elecciones generales 2015.

MIÑARRO YANINI¹¹⁹⁴, los empresarios parece que no les afecte la prevención y atención de estos riesgos y también parecen desconocer el marco promocional existente y los acuerdos que ellos mismos han adoptado, porque piden que se refuercen los deberes de los trabajadores en materia preventiva y que los poderes públicos asuman los costes de los riesgos que no sean estrictamente laborales.

8.6.7.3. Adicciones en el mundo laboral, vistas de cambio.

La normativa laboral, como se ha dicho en la actualidad, se limita a establecer como causa válida para el despido disciplinario la embriaguez habitual, como expresa MARIN MALO¹¹⁹⁵, cuando repercuta negativamente en el trabajo, pero en cambio el consumo de alcohol por parte de los trabajadores es socialmente censurado por cuanto puede suponer una falta en sus obligaciones laborales. Por este motivo, como considera FERNANDEZ DOMINGUEZ¹¹⁹⁶, es importante el papel de la negociación colectiva. Así, ante situaciones de consumo de alcohol, por parte de los trabajadores se impondría la sanción del convenio colectivo de aplicación o la máxima sanción posible el despido disciplinario del trabajador.

Pero, no solo se debe regular el tratamiento del consumo de alcohol desde el régimen sancionador, sino que hay que analizarlo desde la expectativa de la prevención de riesgos. Aunque el margen de actuación de la negociación colectiva es limitado porque el legislador pretende abarcar una

¹¹⁹⁴ MIÑARRO YANINI, M.: "El modelo regulador de las adicciones en los ambientes de trabajo en España: contradicciones y propuestas de cambio", en *Temas Laborales*, ob. cit. pág., 120.

¹¹⁹⁵ MARIN MALO, M. "La prevención del consumo de alcohol por parte del trabajador en la negociación colectiva de los años 2016-2017", en *Revista Información Laboral* núm11/2017. Editorial Aranzadi. BIB 2017/43182

¹¹⁹⁶ FERNANDEZ DOMINGUEZ, J.J.: *Del despido disciplinario y sus problemas a la prevención del riesgo y asistencial al trabajador*. Madrid 2013. Editorial Wolters Kluwer, págs. 103 y ss.

gran cantidad de riesgos, como expresa MARIN MALO¹¹⁹⁷, pero si que se ha abordado en la negociación colectiva la vigilancia de la salud, las medidas preventivas de los trabajadores especialmente sensibles, y en las medidas destinadas a la prevención y tratamiento del consumo de alcohol en el medio laboral. En este último debido al carácter genérico y objetivo de la LPRL de abarcar cualquier posible riesgo presente en el lugar de trabajo el ámbito de actuación del convenio colectivo sea más amplio. La norma no hace referencia de manera expresa al riesgo derivado del consumo de alcohol en ningún momento, pero la propia redacción abierta hace que sea tenido en cuenta desde el ámbito de la prevención de riesgos laborales, porque el artículo 14 LPRL habla del deber de seguridad del empresario frente a cualquier riesgo presente en el puesto de trabajo, evitando daños en la salud de los trabajadores, existen múltiples convenios colectivos que establecen la obligatoriedad de los reconocimientos médicos obligatorios, controlando la detección de consumo de alcohol y drogas¹¹⁹⁸. Pero, el enfoque preventivo, no solo debe quedar en una vigilancia de la salud, los consumos de riesgos han de contemplarse desde una óptica preventiva, como expresa MIÑARRO YANINI¹¹⁹⁹, deben integrarse en la prevención y protección de riesgos, considerándose como riesgo psicosocial, por lo que tendría que ser objeto de evaluación, y en su caso desarrollarse actividades preventivas para proceder a eliminarlo o reducirlo¹²⁰⁰. Es evidente que existe relación entre consumos y población trabajadora, y es evidente que existen sectores, actividades o

¹¹⁹⁷ MARIN MALO, M. "La prevención del consumo de alcohol por parte del trabajador en la negociación colectiva de los años 2016-2017", *Revista de Información Laboral*, ob. cit. BIB 2017/43182.

¹¹⁹⁸ Convenio Colectivo del sector de Industrias de aguas de bebida envasadas (BOE 10-04-2017);; Convenio Colectivo Coviran (BOE 22-03-2017).

¹¹⁹⁹ MIÑARRO YANINI, M.: "El modelo regulador de las adicciones en los ambientes de trabajo en España: contradicciones y propuestas de cambio", en *Temas Laborales*, ob. cit. pág. 126.

¹²⁰⁰ En este sentido: ALFONSO MELLADO, C.L.; LLORCA RUBIO, J.L.: "Aspectos jurídicos y técnicos en relación a las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral", en *Jornada: la prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral*, en Valencia el 23 de febrero 2017 en el salón de actos de UGT-PV.

condiciones de trabajo que aumentan el riesgo de consumo de alcohol y drogas, sin olvidar que la dirección preventiva generaría un elevado beneficio tanto social como económico, porque reducirían costes directos e indirectos para la empresa.

Un importante cambio que debería producirse en relación a las adicciones, como expresa MIÑARRO YANINI¹²⁰¹, sería la configuración de un tratamiento jurídico coherente y efectivo para la buena salud del trabajador y la sociedad y también para la productividad e interés de la empresa, por lo que propone derogar el artículo 54.2.f) del Estatuto de los Trabajadores, porque su mantenimiento en nuestro ordenamiento jurídico imprime un marcado carácter represivo en esta materia, que choca con el espíritu preventivo, porque el artículo responde a una concepción caduca.

Por su parte, una medida importante que se podría adoptar en la negociación colectiva, como establece MARIN MALO¹²⁰², sería la consideración del trabajador de alcohol como especialmente sensible, porque el artículo 25 LPRL establece la posibilidad de considerar a un trabajador como especialmente sensible por su estado físico o biológico transitorio, cuando dicho estado pueda suponer un peligro para el mismo o para terceros, para este caso se exigirían nuevas obligaciones en materia preventiva. Por tanto cuando el estado del trabajador suponga un riesgo para la seguridad y salud en relación con las funciones específicas del puesto de trabajo ocupado el empleado se deberá considerar al trabajador especialmente sensible, se dará cuando el trabajador deba encontrarse en plenas capacidades psicofísicas para poder ejecutarlo de manera segura, como pilotos de avión, conductores, maquinistas, policía, trabajadores en instalaciones nucleares, entre otros.

¹²⁰¹ MIÑARRO YANINI, M.: “El modelo regulador de las adicciones en los ambientes de trabajo en España: contradicciones y propuestas de cambio”, en *Temas Laborales*, ob. cit., pág. 125.

¹²⁰² MARIN MALO, M. “La prevención del consumo de alcohol por parte del trabajador en la negociación colectiva de los años 2016-2017”, en *Revista Información Laboral*, ob. cit. BIB 2017/43182.

8.6.8. Previsiones preventivas en la enfermedad profesional.

La LPRL está repleta de conceptos indeterminados y esto repercute en el cumplimiento de las obligaciones, sobre todo empresariales, como expresa MERCADER UGUINA¹²⁰³, y por tanto en las responsabilidades de salud laboral. Hay conceptos, como protección eficaz, riesgo evitable, medidas adecuadas, formas idóneas de protección, adaptación exigible, protección posible, que han llevado a actuar de manera estandarizada, valorados en relación a parámetros de normalidad del sujeto al que se referían y la actividad o tarea a realizar, en consecuencia ha sido importante la tarea de interpretación que ha llevado a cabo el INSHT mediante las Guías Técnicas.

Para la obtención del mayor número de enfermedades profesionales, como expresa ARENAS VIRUEZ¹²⁰⁴, es importante tener en cuenta el papel importante que realizan las Mutuas, porque existe una estrecha vinculación entre el ámbito preventivo de la actuación de las Mutuas y la gestión de las enfermedades profesionales y también en el ámbito reparador, es fundamental la conexión entre el servicio de prevención y la actividad de la Mutua a los efectos de prevención, determinación y reparación de las enfermedades profesionales, porque los servicios de prevención realizan una labor esencial en la detección precoz de las enfermedades profesionales o relacionadas con el trabajo, por lo que los servicios de prevención y las Mutuas han de estar coordinados y conectados para la obtención de una mayor eficacia de la labor preventiva, y en última instancia para dar una mayor atención y protección al trabajador.

¹²⁰³ MERCADER UGUINA, J.R.: “La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, veinte años después”, en *Revista de Información Laboral*. ob.cit. BIB 2015/4321.

¹²⁰⁴ ARENAS VIRUEZ, M.: “Enfermedad profesional y Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social”, en *Enfermedades profesionales*, ob. cit. pág., 343.

Tanto a nivel internacional como europeo se han establecido objetivos con la finalidad de reducir la siniestralidad¹²⁰⁵. El Marco Promocional para la Seguridad y Salud en el trabajo adoptado por la Organización Internacional de la Salud en 2006; la Organización Mundial de la Salud aprobó “el Plan de Acción Internacional sobre la Salud de los Trabajadores 2008-2017”; la Estrategia Comunitaria de Salud y Seguridad en el Trabajo 2007-2012, aprobada por la Comisión Europea, el 6 de junio 2014 se aprobó la Comunicación de la Comisión Europea un Marco Estratégico de la Unión Europea en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo 2014-2020, estableciendo entre otros objetivos mejorar la prevención de las enfermedades relacionadas con el trabajo.

A partir de la publicación de la Ley 54/2003, que modifica la LPRL, que se promulga con la intención de cambiar, según expresa MERCADER UGUINA¹²⁰⁶, la tendencia en la práctica de la prevención de riesgos laborales, destacando la necesidad de la integración de la prevención de riesgos laborales en la empresa, pero no obstante todavía se evidencian problemas ante la actitud más formalista que eficiente.

El gobierno aprobó en 2005 el “Plan de actuación para la mejora de la Seguridad y Salud en el Trabajo y la reducción de accidentes”, este plan contemplaba la necesidad de elaborar una Estrategia Española donde se estableciera el marco general de las políticas preventivas a corto y a medio plazo, siendo la primera Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012, y para dar continuidad y avanzar en la mejora de las condiciones de trabajo y en la reducción constante y sostenida de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, se define la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020. Esta última es fruto

¹²⁰⁵ <https://www.insst.es/estrategias-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo>

¹²⁰⁶ MERCADER UGUINA, J.R.: “La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, veinte años después”, en *Revista de Información Laboral*, ob.cit. BIB 2015/4321.

de un largo proceso de negociación que tiene su origen en la Comisión Nacional a finales de 2012¹²⁰⁷.

En los antecedentes de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020 establece que ante la evidencia de los datos estadísticos hay que incidir más en las enfermedades profesionales, promoviendo la prevención antes que la rehabilitación o el abandono del trabajo por motivos de salud, en sintonía con las recomendaciones que proceden de las instituciones comunitarias. También es conveniente reflexionar en el desarrollo de modelos organizativos que promuevan la motivación e implicación de los trabajadores como factor importante para la mejora de la competitividad de las empresas.

La Estrategia 2015-2020 debe ser flexible para adaptarse a los cambios que se produzca y prever posibles riesgos, que a medio o largo plazo pueden influir en el bienestar de los trabajadores, refiriéndose entre otros a los riesgos de carácter psicosocial, de riesgos derivados de nuevas tecnologías o de aquellos que emergen de factores sociolaborales, como el envejecimiento de la población activa, las nuevas tendencias en el empleo o la creciente incorporación de la mujer al trabajo.

De conformidad con lo establecido en la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020, como expresa MERCADER UGUINA¹²⁰⁸, es necesario comprometerse en potenciar actuaciones de las Administraciones Públicas en materia de análisis, investigación, promoción, apoyo, asesoramiento, vigilancia y control de la prevención de riesgos laborales. Los organismos de las Administraciones Públicas con competencia en seguridad y salud en el trabajo, como el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, los órganos técnicos competentes de las Comunidades

¹²⁰⁷ <https://www.insst.es/estrategias-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo>

¹²⁰⁸ MERCADER UGUINA, J.R.: "La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, veinte años después", en *Revista de Información Laboral*. ob.cit. BIB 2015/4321.

Autónomas o la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, que realizan una tarea importante en el sistema preventivo, motivo por el que debían ser valorados y, al mismo tiempo, transformar y adecuar sus estructuras organizativas y funcionales con el fin de mejorar su capacidad de respuesta a las demandas de la sociedad.

CAPITULO IX

LA COLABORACIÓN EN LA GESTION DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL. AMBITO PRIVADO DE LA GESTIÓN: ESPECIALIDADES DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONLES.

9.1. Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y riesgos profesionales.

La Seguridad Social que posee una naturaleza predominante publica, como expresa SARAGOSA i SARAGOSA¹²⁰⁹, pero ello no impide que pueda haber otros sujetos externos al sistema que estén habilitados para realizar la gestión de determinados ámbitos con una tutela pública de sus actividades. De conformidad con el artículo 79 de la LGSS, pueden colaborar en la gestión del sistema español de la Seguridad Social las siguientes entidades: a) las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social (MCSS en adelante); b) los empresarios mediante la colaboración en la gestión voluntaria u obligatoria; y c) las asociaciones, las fundaciones y otras entidades públicas o privadas.

Por tanto la incuestionable naturaleza pública de la Seguridad Social, establecida por mandato constitucional, se puede compaginar con la posibilidad de realizar una gestión, que se encomiende de manera parcial a otras entidades con personalidad jurídico-privada, las cuales actúan como entidades colaboradoras de las Entidades Gestoras (EEGG, en adelante) y Servicios Comunes¹²¹⁰.

¹²⁰⁹ SARAGOSSÀ i SARAGOSSÀ, J.V.: “La gestión del sistema de la Seguridad Social” en AA.VV. (Dir. ROQUETA BUJ, R. y GARCIA ORTEGA, J.) *Derecho de la Seguridad Social*, Valencia 2018. Editorial Tirant lo Blanch, pág. 113.

¹²¹⁰ SARAGOSSÀ i SARAGOSSÀ, J.V.: “La gestión del sistema de la Seguridad Social” en *Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit., Las actuales EEGG y los servicios comunes fueron creados por RD L 36/1978, de 16 de noviembre, si bien algunas de sus competencias se han transferido a las Comunidades Autónomas. ob. cit. págs. 108-111.

La ley de Bases de enfermedades, 13 de julio de 1936, estableció la posibilidad de que los empresarios pudieran concertar el aseguramiento de la contingencia con una mutua patronal o con una compañía privada, como expresa ARENAS VIRUEZ¹²¹¹ de la enfermedad profesional. La Ley 193/1963, de 28 de diciembre de Bases de la Seguridad Social (LBSS en adelante), establecía en la base decimoséptima que la gestión del régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales se realizaría por las Mutuas Laborales. Esta Ley afianzó la intervención de las Mutuas en el sistema de la Seguridad Social. El Texto Articulado, Decreto 907/1966 de 21 de abril, configuró a las Mutuas como titulares de la gestión en materia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y figuran dotadas, como expresa BLASCO LAHOZ¹²¹², con un papel singular como colaboradoras.

Por su parte, el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, que aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en la Gestión de la Seguridad Social (RMATEPSS en adelante), como expresa ARENAS VIRUEZ¹²¹³, en el artículo 2 indica que las Mutuas se constituyen con el objeto de colaborar en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del personal al servicio de las empresas asociadas, esto es la principal y tradicional misión de las Mutuas. Han ido alcanzando cada vez más protagonismo en la gestión de la Seguridad Social, el legislador les ha ido adjudicando cada vez más competencias, y a consecuencia de esta ampliación de sus competencias gestoras, la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica la LGSS

¹²¹¹ ARENAS VIRUEZ, M.: “Enfermedad profesional y Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social”, en *Enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 314.

¹²¹² BLASCO LAHOZ, J.F.: *Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (Doctrina, jurisprudencia, formularios y legislación)*. Valencia 2008. Editorial Tirant lo Blanch. pág. 30.

¹²¹³ ARENAS VIRUEZ, M.: “Enfermedad profesional y Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social”, en *Enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 315.

en relación con el régimen jurídico de las Mutuas, pasaron a denominarse Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social.

Los empresarios y los trabajadores por cuenta propia, como expresa BLASCO LAHOZ¹²¹⁴, cuando vayan a cumplir sus obligaciones ante la TGSS de inscripción de empresa, afiliación y alta, instituirán bien la entidad gestora bien la MCSS por la que opten para proteger los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, las prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes y la protección por cese de actividad, de conformidad con las normas reguladoras del Régimen de Seguridad Social en el que se encuadren, debiendo notificar también las posteriores modificaciones.

9.1.1. Concepto y notas características de las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social.

El artículo 80.1 LGSS define a las MCSS estableciendo que son “las asociaciones privadas de empresarios constituidas mediante autorización del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social e inscripción en el Registro especial dependiente de éste, que tienen por finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social, bajo la dirección y la tutela del mismo, sin ánimo de lucro y asumiendo sus asociados responsabilidad mancomunada en los supuestos y con el alcance establecido en la LGSS.

Es necesario cumplir con un requisito previo para constituir una mutua, es la configuración de la voluntad social, como expresa SARAGOSA i

¹²¹⁴ BLASCO LAHOZ, J.F.: “La enfermedad profesional. Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social”, en *Accidente de trabajo y enfermedad profesional en la Administración Local*, 2ª edición en Centro de Estudios municipales y Cooperación Internacional (CEMCI). Diputación de Granada 2016. Pág. 13.

SARAGOSA¹²¹⁵, esta voluntad debe satisfacer tres elementos mínimos: a) el acuerdo de al menos 50 empresarios; b) entre las empresas asociadas alcancen un mínimo de 30.000 trabajadores y c) que el conjunto de empresas asociadas posean un volumen anual de cotizaciones por contingencias profesionales no inferior a veinte millones de euros.

De la definición legal, como describe BLASCO LAHOZ¹²¹⁶, se destacan las siguientes características de las MCSS:

- 1).- Una vez que se han constituido las MCSS adquieren personalidad jurídica y capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines, artículos 80.1 LGSS y artículo 2.2 RMATEPSS.
- 2).- El ámbito de actuación de las MCSS se extiende a todo el territorio del Estado.
- 3).- El objeto de las MCSS es el desarrollo, que se realizará mediante la colaboración con el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social de las actividades de la Seguridad Social y que estén previstas en la LGSS, según establece el artículo 80.2 LGSS.
- 4).- La colaboración de las MCSS en la gestión de la Seguridad Social no podrá servir de base para la realización de operaciones de lucro mercantil, artículo 80.3 LGSS y artículo 5 RMATEPSS.
- 5).- Las MCSS forman parte del sector público estatal de carácter administrativo, de acuerdo con la naturaleza pública de las funciones y recursos económicos que gestionan, sin deterioro de la naturaleza privada de la entidad, artículo 80.4 LGSS.

¹²¹⁵ SARAGOSSÀ i SARAGOSSÀ, J.V.: “La gestión del sistema de la Seguridad Social”, en *Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit., pág. 115.

¹²¹⁶ BLASCO LAHOZ, J.F.: “La enfermedad profesional. Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social”, en *Accidente de trabajo y enfermedad profesional en la Administración Local*, ob. cit., págs. 5-9.

6).- Como los empresarios asociados adquieren responsabilidad mancomunada, las MCSS responderán directamente de los actos lesivos cuando en la ejecución concurra culpa leve o en los que no exista responsable directo. Y las MCSS responderán subsidiariamente en los supuestos de insuficiencia patrimonial de los responsables directos, artículo 91.4 LGSS en relación con el artículo 100.4 LGSS.

7).- Las MCSS están sometidas a la dirección y tutela del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, artículo 98.1 LGSS, en concreto la Inspección de las MCSS se realizará por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, de conformidad con lo establecido en la LISOS. Las MCSS están obligadas a proporcionar al Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social cuantos datos e información les sean solicitadas, todo ello en atención al apropiado conocimiento del estado de la colaboración y de las funciones que desarrollan.

8).- Las MCSS gozan de exención tributaria, de conformidad con lo establecido en el artículo 76.1 LGSS para las entidades gestoras, pero no gozan del beneficio de justicia gratuita, por lo que deberán establecer los depósitos que puedan ser exigidos por la Ley de la Jurisdicción Social.

9.1.2. Competencias de las MCSS en la protección de las contingencias profesionales y en el marco de la enfermedad profesional.

La cobertura de las contingencias profesionales que realizan las MCSS comprende, como expresa SARAGOSA i SARAGOSA¹²¹⁷, la gestión de las prestaciones económicas y de la asistencia sanitaria, incluida la rehabilitación, así como de las actividades de prevención de las mismas contingencias y, por otra parte corresponde a las mutuas la determinación inicial del carácter

¹²¹⁷ SARAGOSSÀ i SARAGOSSÀ, J.V.: "La gestión del sistema de la Seguridad Social" en *Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit., pág., 124.

profesional de la contingencia, sin perjuicio de la posible revisión y calificación por la entidad gestora competente.

9.1.2.1. Protección de las contingencias profesionales.

A las MCSS le corresponde desarrollar en colaboración con el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social:

1).- la gestión de las prestaciones económicas y de asistencia sanitaria, incluida la rehabilitación, respecto de las contingencias profesionales, como describe BLASCO LAHOZ¹²¹⁸, corresponde a las MCSS: a) determinar inicialmente el carácter profesional de la contingencia, sin perjuicio de la posibilidad de ser revisada o calificada por la entidad gestora competente de conformidad con las normas de aplicación; b) por otra parte los actos reconociendo, suspendiendo, anulando o extinguiendo derechos en los casos que tengan atribuidos a las mismas, deberán ser motivados y se formularan por escrito, y para tener eficacia ha de notificarse por escrito al interesado; c) también tiene que ser notificada al empresario cuando el beneficiario continúe la relación laboral y produzca efectos sobre la misma; y d) las prestaciones sanitarias que comprenden la protección de las contingencias profesionales se llevaran a cabo a través de los medios o instalaciones que gestionen las MCSS, pero también puede llevarse a cabo mediante convenios con otras MCSS o con las Administraciones públicas sanitarias, así como mediante conciertos con medios privados, de conformidad con lo establecido en el artículo 258 LGSS.

¹²¹⁸ BLASCO LAHOZ, J.F.: "La enfermedad profesional. Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social", en *Accidente de trabajo y enfermedad profesional en la Administración Local*, ob. cit., pág. 9.

2).- Los procesos de incapacidad temporal por contingencias profesionales y sus recaídas¹²¹⁹.

3).- Las prestaciones que no sean consideradas como pensiones por incapacidad permanente o muerte y supervivencia se abonarán al trabajador o sus familiares por la Mutua pero, como expresa SARAGOSA i SARAGOSA¹²²⁰, si se causara derecho a la pensión tras la actualización de la contingencia la forma del abono sería diferente, en este caso la entidad colaboradora responsable deberá ingresar el valor actual del capital coste a la TGSS y ésta abonará la pensión al trabajador¹²²¹. Las reglas para el cálculo del capital coste¹²²² de las pensiones u otras prestaciones de carácter periódico se regulan en la Orden TAS 4045/2005 de 27 de diciembre y la Orden MTIN 2124/2010 de 28 de julio por la que se modifica el artículo 3, estableciendo el 3 por 100 el interés técnico aplicable.

4).- Las prestaciones por riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia natural, de naturaleza profesional de conformidad con los artículos 36 a 51 del RD 295/2009, de 6 de marzo.

¹²¹⁹ Vid. SALA FRANCO, T.: “La incapacidad temporal”, en AA.VV. (Dir. ROQUETA BUJ,R. y GARCIA ORTEGA, J.) Derecho de la Seguridad Social. ob. cit. pág. 260.

¹²²⁰ SARAGOSSÀ i SARAGOSSÀ, J.V.: “La gestión del sistema de la Seguridad Social” en Derecho de la Seguridad Social. ob. cit. pág. 124.

¹²²¹ La Orden TAS 4054/2005, de 27 de diciembre, por la que se desarrollan los criterios técnicos para la liquidación de capitales coste de pensiones y otras prestaciones periódicas de la Seguridad Social; y la Orden del Ministerio de Trabajo, Migraciones

¹²²² Artículo 110.3LGSS establece “en materia de pensiones causadas por incapacidad permanente o muerte derivadas de accidente de trabajo o enfermedad profesional cuya responsabilidad corresponda a las MCSS o, en su caso, a las empresas declaradas responsables, 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 costes correspondiente.

Por capital coste se entenderá el valor actual de dichas prestaciones, que se determinara en función de las características de cada pensión aplicando los 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, Migraciones y Seguridad Social aprobará las tablas de mortalidad y la tasa de intereses aplicables.

5).- La gestión y pago de la prestación por cuidado de menor afectado por cáncer u otra enfermedad grave, artículo 8 RD 1148/2011.

6).- También se distingue, como expresa SARAGOSA i SARAGOSA¹²²³, la asistencia sanitaria y rehabilitación de las MCSS a favor de los trabajadores que estén afectados por accidente de trabajo o enfermedad profesional¹²²⁴, esta asistencia se realizará mediante las instalaciones y medios que gestiona la Mutua, si bien pueden realizar convenios con otras Mutuas, con las Administraciones Públicas Sanitarias o conciertos con medios privados. En estas situaciones la entidad colaboradora puede adelantar la realización de pruebas diagnósticas, tratamientos y procesos de recuperación funcional, la finalidad es evitar la prolongación innecesaria de procesos de incapacidad temporal, artículo 82.4.g) LGSS. Es complementario a la asistencia sanitaria proporcionar por las MCSS a las empresas con cargo a la Seguridad Social, de botiquines portátiles para realizar los primeros auxilios a los trabajadores accidentados, Orden 2947/2007 de 8 de octubre.

7).- En el año 2019, la resolución de 28 de octubre 2019, de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, se establece el régimen de aplicación de las prestaciones complementarias del artículo 96.1 b) LGSS¹²²⁵. Este artículo prevé la aplicación del 10% del excedente resultante de dotar la Reserva de Estabilización de contingencias Profesionales de la Seguridad Social, a la dotación de una Reserva de Asistencia Social.

Esta Reserva de Asistencia Social se destinara por las MCSS a financiar las necesidades sobrevenidas que los trabajadores o sus derechohabientes

¹²²³ SARAGOSSÀ i SARAGOSSÀ, J.V.: “La gestión del sistema de la Seguridad Social” en AA.VV. (Dir. ROQUETA BUJ, R. y GARCIA ORTEGA, J.) *Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit. pág. 124.

¹²²⁴ También podrá aplicarse a contingencias comunes, legalmente autorizadas o que pueda realizarse o facturarse de conformidad con la normativa aplicable.

¹²²⁵ La Resolución de 28 de octubre de 2019 establece el régimen de aplicación de prestaciones complementarias. BOE Núm. 299, viernes 13 de diciembre 2019.

deban hacer frente como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, entre ellas: las relativas a la rehabilitación, recuperación, reorientación profesional o medidas de apoyo a los principales destinadas a la adaptación de medios esenciales y puestos de trabajo. Estas medidas son ajenas y complementarias a las incluidas en la acción protectora de la Seguridad Social.

9.1.2.2. Prevención de enfermedades profesionales y MCSS.

Las MCSS pueden ejercer las actividades de prevención, como expresa BLASCO LAHOZ¹²²⁶, de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional que dispensa la acción protectora de la Seguridad Social, artículo 80.2.a) LGSS.

Las actividades preventivas se dirigirán con preferencia a coadyuvar en las pequeñas empresas, así como en las empresas y sectores con mayores indicadores de siniestralidad, a la mejor incardinación en los planes y programas preventivos de las distintas administraciones competentes; al desarrollo de la I+D+i, según el artículo 3 de la Orden y a la divulgación, educación y sensibilización en prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, artículo 2.1 del RD 860/2018, de 13 de julio¹²²⁷.

De conformidad con el artículo 2.2 del RD 860/2018, las MCSS desarrollaran las actividades preventivas de la Seguridad Social, como expresa BLASCO LAHOZ¹²²⁸, en el marco de las siguientes actuaciones:

¹²²⁶ BLASCO LAHOZ, J.F.: "Sistemas de prevención" en *Curso de prevención de riesgos laborales*, ob. cit., pág. 144.

¹²²⁷ RD 860/2018, de 13 de julio, por el que se regulan las actividades preventivas de la acción protectora de la Seguridad Social a realizar por las MCSS.

¹²²⁸ BLASCO LAHOZ, J.F.: "Sistemas de prevención" *Curso de prevención de riesgos laborales*. ob. cit. pág. 144.

a) actividades de asesoramiento de las empresas asociadas y a los trabajadores autónomos adheridos.

b) actuaciones para controlar y, en su caso reducción de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales como la siniestralidad.

c) actividades de investigación, desarrollo e innovación, encaminadas a reducir las contingencias profesionales, elaborando estudios y análisis de las causas de siniestralidad laboral, colaborando con la Administración de la Seguridad Social en el sistema de información, notificación y registro de enfermedades profesionales, elaborando códigos de buenas conductas.

La actividad preventiva de los riesgos laborales por las MCSS, complementa, pero no sustituye, como expresa SARAGOSA i SARAGOSA¹²²⁹, las obligaciones directas de los empresarios que se establecen en la LPRL, según artículo 82,3 LGSS y su desarrollo RD 860/2018, por ser de naturaleza asistencial, y no genera derechos subjetivos, siendo beneficiarios de las actividades preventivas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales las empresas asociadas y sus trabajadores dependientes, así como los trabajadores por cuenta propia que estén adheridos. Pero, las Mutuas no pueden actuar como servicio de prevención ajeno, ni participar por medio de una sociedad anónima o limitada de prevención, ni tan solo a cargo de su patrimonio histórico, según establece el artículo 32 de la LPRL tras la reforma producida por la Ley 35/2014 en Disposición Transitoria 3ª.

Cuando entró en vigor la LPRL, el 8 de noviembre de 1995, el artículo 32 permitía que las Mutuas desarrollaran para las empresas a ellas asociadas, como expresa ARENAS VIRUEZ¹²³⁰, las funciones correspondientes a los

¹²²⁹ SARAGOSSÀ i SARAGOSSÀ, J.V.: “La gestión del sistema de la Seguridad Social” en *Derecho de la Seguridad Social*. ob. cit. pág. 125.

¹²³⁰ ARENAS VIRUEZ, M.: “Enfermedad profesional y Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social”, en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 324.

servicios de prevención, es decir podían actuar como servicios de prevención ajenos, porque la LPRL pretendía aprovechar la estructura y composición de las Mutuas, que estaban muy relacionadas con los empresarios para integrar en los centros de trabajo la nueva visión preventiva establecida en la LPRL, y de esta manera facilitar el establecimiento de una nueva cultura de la prevención, y que en definitiva va dirigida a la protección del trabajador. La ley 32/2010 en la Disposición adicional 6ª, de 5 de agosto, ya modificó el artículo 32 LPRL, al limitar las funciones de las Mutuas correspondientes de los servicios de prevención y no poder realizarlo directamente.

El artículo 32 LPRL, tras la reforma de la Ley 35/2014, establece que “la Mutuas de la Seguridad Social no podrán desarrollar las funciones correspondientes a los servicios de prevención ajenos, ni participar con cargo a su patrimonio histórico en el capital social de una sociedad mercantil en cuyo objeto figure la actividad de prevención”. Pero la exclusión de la posibilidad de que las Mutuas desarrollen servicios de ajenos, como describe ARENAS VIRUEZ¹²³¹, no fue bien acogida por el Consejo Económico y Social, y en su Dictamen de 22 de enero 2014 estableció que la desvinculación de las Mutuas de determinadas actuaciones en el ámbito de la prevención impediría aprovechar las externalidades positivas que genera la gestión conjunta de materias tan íntimamente relacionadas como son los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y la prevención de los riesgos laborales. No debe olvidarse, continúa el Consejo Económico y Social, la importancia que tiene la prevención de riesgos laborales y el papel que han realizado las Mutuas en los avances efectuados en ese ámbito¹²³².

¹²³¹ ARENAS VIRUEZ, M.: “Enfermedad profesional y Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social”, en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 328.

¹²³² En este mismo orden de cosas, no parece justificada, en opinión del Consejo Económico y Social, la exclusión de las Mutuas de la posibilidad de desempeñar la función de servicios de `prevención ajenos en los términos en que venía haciéndolo hasta ahora.

9.1.2.3. Calificación de la enfermedad profesional, reconocimiento del derecho a las prestaciones.

No ha sido una cuestión pacífica resolver que entidad es competente para la calificación de la enfermedad profesional, si el INSS o la Mutua, como expresa ARENAS VIRUEZ¹²³³, considerando que es la contingencia de la que pueden resultar diferentes prestaciones, y es importante porque según la calificación de común o profesional, y dentro de profesional la distinción entre accidente de trabajo y enfermedad profesional, se aplican normas de protección y de gestión diferentes. La jurisprudencia del Tribunal Supremo atribuía la competencia al INSS, en Sentencia de 26 de enero 1999 (recurso núm. 2040/1998)¹²³⁴, se declara la competencia del INSS para determinar el origen de la competencia, incluso para el supuesto que fuese la Mutua la entidad colaboradora que gestionaba las prestaciones. La doctrina, como LOPEZ GANDIA¹²³⁵ y SEMPERE NAVARRO¹²³⁶, también respaldaban este criterio basando su decisión en que las Mutuas no son propiamente gestoras sino colaboradoras, y por evitar dejar desprotegido al trabajador en el supuesto que la Mutua se negase a asumir la responsabilidad u obligando, en este caso a tener que recurrir los trabajadores a reclamar por la vía judicial. En el mismo sentido, se manifiesta el artículo 3 del RD 1299/2006 al establecer que la calificación de las enfermedades como profesionales corresponde a la entidad gestora respectiva (el INSS o ISM), si bien a continuación establece que, sin perjuicio, de su tramitación como enfermedades profesionales por parte de las Mutuas que asuman su protección. Y corresponde también a la entidad gestora

¹²³³ ARENAS VIRUEZ, M.: "Enfermedad profesional y Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social", en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 329.

¹²³⁴ En el mismo sentido Sentencia del Tribunal Supremo 26 de enero 1998 (recurso núm. 2654/1997); Sentencia del Tribunal Supremo 6 de marzo 1998 (recurso núm. 1394/1997).

¹²³⁵ LOPEZ GANDIA, J.: *Las Mutuas y la Gestión de la Seguridad Social*. Albacete 2006. Editorial Bormazo. pág. 51.

¹²³⁶ SEMPERE NAVARRO, A.V.: "La incesante metamorfosis de las mutuas patronales: ideas para el estudio", en *Tribuna Social: Revista de Seguridad Social y laboral*, núm. 100-1999. págs. 9-21.

determinar el carácter profesional de la enfermedad respecto de los trabajadores que no se encuentren en situación de alta.

Pero la Ley 35/2014, de 26 de diciembre¹²³⁷, que modificó el artículo 68 LGSS 1994, actual 82 de la vigente LGSS de 2015, altero el criterio seguido hasta el momento, al determinar que “respecto de las contingencias profesionales, corresponde a las Mutuas la determinación inicial del carácter profesional de la contingencia, sin perjuicio de su posible revisión o calificación por la entidad gestora competente de acuerdo con las normas de aplicación”. Por tanto, a partir de 1 de enero de 2015 es la Mutua la que inicialmente ha de determinar el carácter profesional de la contingencia, pero el INSS puede revisar la decisión de la Mutua.

Los procesos y las prestaciones de incapacidad temporal deben prestarlas y gestionarlas cuando deriven de enfermedad profesional, la Mutua con la que la empresa tenga suscrito convenio, pero la situación de incapacidad temporal debida a enfermedad profesional puede producir, como expresa ARENAS VIRUEZ¹²³⁸, dependiendo de los supuestos y circunstancias que concurran, una incapacidad permanente, o el fallecimiento del trabajador y, también puede darse que al margen de la previa situación de incapacidad temporal, la enfermedad profesional haya generado una incapacidad permanente o el fallecimiento del trabajador. Pero, el reconocimiento de las prestaciones que deriven de incapacidad permanente, corresponde al INSS, de conformidad con el artículo 1.1.a) del RD 1300/1995¹²³⁹, de 21 de julio, que establece que “será competencia del INSS, cualquiera que sea la Entidad

¹²³⁷ Por la que se modifica el texto refundido de la LGSS en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

¹²³⁸ ARENAS VIRUEZ, M.: “Enfermedad profesional y Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social”, en *Enfermedades profesionales*, ob. cit. pág., 331.

¹²³⁹ Por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.

gestora o colaboradora, la de evaluar, calificar y revisar la incapacidad y reconocer el derecho a las prestaciones económicas contributivas de la Seguridad Social por invalidez permanente, en sus distintos grados, así como determinar las contingencias causantes de la misma.” Y, a continuación, también considera la competencia del INSS para verificar la existencia de lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo no invalidantes causadas por accidente de trabajo o enfermedad profesional, y también reconocer el derecho a las indemnizaciones, recogidas en el artículo 201 de LGSS.

También corresponde al INSS, como expresa ARENAS VIRUEZ¹²⁴⁰, el reconocimiento de las prestaciones derivadas de las contingencias de muerte y supervivencia, cuando sea debida a enfermedad profesional, de conformidad con el artículo 30 de la Orden de 13 de febrero 1967. Estableciéndose indemnizaciones especiales, como expresa BLASCO LAHOZ¹²⁴¹, de carácter imprescriptible, otorgadas de una sola vez, cuando la muerte del causante derive de accidente de trabajo o enfermedad profesional, según artículo 277 LGSS y artículo 28 de la Orden de 13 de febrero 1967, estas indemnizaciones pueden ser complementarias de las pensiones de viudedad y orfandad o sustitutorias a favor de los padres del causante.

9.1.2.4. El pago de las prestaciones derivadas de enfermedad profesional: responsabilidad de las MCSS.

En la protección de las contingencias profesionales, y en concreto en la enfermedad profesional, se establecen unas garantías que no se aplican, con

¹²⁴⁰ ARENAS VIRUEZ, M.: “Enfermedad profesional y Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social”, en *Enfermedades profesionales*, ob. cit. pág., 332.

¹²⁴¹ BLASCO LAHOZ, J.F.: “Especialidades en el acceso a las prestaciones derivadas de las contingencias profesionales y responsabilidad empresarial por los incumplimientos en materia de Seguridad Social y el papel de las Mutuas”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 134.

carácter general, como expresa BLASCO LAHOZ¹²⁴², a las prestaciones que derivan de contingencias comunes, estas garantías son: 1) es el principio de automaticidad y, como expresa ARENAS VIRUEZ¹²⁴³, 2) el principio de responsabilidad directa.

1).- El principio de automaticidad de las prestaciones significa, el reconocimiento del derecho a las prestaciones de la Seguridad Social independientemente a que los sujetos obligados hayan cumplido o no sus respectivas obligaciones, como establece el artículo 167.3 LGSS las entidades gestoras, las MCSS o, en su caso, los servicios comunes procederán, de acuerdo con sus respectivas competencias, al pago de las prestaciones a los beneficiarios de aquellos casos. Por lo que, las Mutuas, de conformidad con sus competencias, como expresa ARENAS VIRUEZ¹²⁴⁴, deberán proceder a efectuar el pago de las prestaciones a los beneficiarios en aquellos supuestos en los que la empresa sea responsable de tal pago por no proceder al cumplimiento de las obligaciones en materia de afiliación, altas y bajas de cotización. Se imputa la responsabilidad del pago a las Mutuas para evitar que el beneficiario pueda quedar desprotegido ante el retraso del abono de la prestación por parte de la empresa responsable, y todo ello independientemente de que la Mutua se subrogue en los derechos y obligaciones de los beneficiarios. Las Mutuas después de haber cumplido su obligación anticipando las prestaciones, pueden reclamar al empresario responsable el importe de las prestaciones anticipadas. Y en el caso de que la Mutua no obtenga que el empresario responsable le reintegre la cuantía avanzada, podrá dirigirse contra el responsable subsidiario, el INSS, pero, en

¹²⁴² BLASCO LAHOZ, J.F.: “Especialidades en el acceso a las prestaciones derivadas de las contingencias profesionales y responsabilidad empresarial por los incumplimientos en materia de Seguridad Social y el papel de las Mutuas”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 120.

¹²⁴³ ARENAS VIRUEZ, M.: “Enfermedad profesional y Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social”, en *Enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 332.

¹²⁴⁴ ARENAS VIRUEZ, M.: “Enfermedad profesional y Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social”, en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 337.

este caso, es necesario se declare la insolvencia del empresario administrativa o judicialmente¹²⁴⁵.

2).- El principio de responsabilidad directa. De conformidad con el artículo 80.2 LGSS y, como expresa ARENAS VIRUEZ¹²⁴⁶, las Mutuas gestionan las prestaciones económicas comprendidas en la protección de las enfermedades profesionales sin matizar más, pero se entiende que en la gestión de estas prestaciones económicas supone que las Mutuas son responsables del pago de las mismas.

El alcance de la responsabilidad de las Mutuas en materia de prestaciones ha cambiado a partir de la Ley 51/2007, de 26 de diciembre¹²⁴⁷, no siempre ha sido el mismo. Con anterioridad a la Ley 51/2007 las pensiones por incapacidad permanente y por muerte y supervivencia derivadas de enfermedad profesional eran responsabilidad del INSS y la TGSS, esto era una diferencia en relación de las pensiones que derivaban de accidente de trabajo, donde las Mutuas estaban obligadas a capitalizar el importe de dichas pensiones, en cambio el coste de las prestaciones por incapacidad temporal derivada de enfermedad profesional y por periodos de observación si eran asumidos por las Mutuas.

La Ley 51/2007 produjo la modificación, como expresa ARENAS VIRUEZ¹²⁴⁸, de varios preceptos de la LGSS 1994, que ha supuesto el alcance actual de la responsabilidad de las Mutuas en relación al pago de las prestaciones causadas por enfermedad profesional, hasta el punto de que se

¹²⁴⁵ Vid: GARCIA ORTEGA, J.: "Acción protectora: las prestaciones y su régimen jurídico", en *Derecho de la Seguridad Social*. ob. cit., págs. 225-229.

¹²⁴⁶ ARENAS VIRUEZ, M.: "Enfermedad profesional y Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social", en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 337.

¹²⁴⁷ Ley 51/2007, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2008, en la Disposición Adicional octava, procede a la Modificación del Texto Refundido de la LGSS, aprobado por RD Legislativo 1/1994, de 20 de junio.

¹²⁴⁸ ARENAS VIRUEZ, M.: "Enfermedad profesional y Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social", en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 337.

han equiparado a la gestión de las prestaciones derivadas de accidente de trabajo¹²⁴⁹.

La Resolución de 27 de mayo de 2009, de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, establece las instrucciones en materia de cálculo de capitales coste y sobre la constitución que las Mutuas deben realizar del capital coste correspondiente a determinadas prestaciones derivadas de enfermedad profesional, estableciendo diferentes normas a fin de determinar la entidad responsable de las prestaciones. Pero hay que tener presente que la contingencia de enfermedad profesional se caracteriza por ser de aparición lenta, progresiva, no lineal, circunstancias que no han tenido en cuenta las instrucciones de la Resolución 27 de mayo 2009, porque las consecuencias, derivadas de un proceso de incapacidad o fallecimiento del trabajador, pueden manifestarse en momentos muy alejados del origen de la enfermedad, como describe ARENAS VIRUEZ¹²⁵⁰, por tanto la cuestión consistirá en determinar el momento en que se produce el hecho causante y, en determinar qué consecuencias derivan de fijar el hecho causante, como elegir la norma aplicable, y por tanto identificar qué entidad aseguradora debe asumir la responsabilidad por las pensiones derivadas de enfermedad profesional. Esta problemática se acentúa con la entrada en vigor el 1 de enero 2008 de la Ley 51/2007, por lo que es necesario establecer de manera razonable que entidad, la gestora o la colaboradora, es la responsable del pago de las prestaciones que deriven de enfermedad profesional cuando ésta se declara después del 1 de enero 2008, pero se ha generado en un periodo anterior.

¹²⁴⁹ Vid: GARCIA ROMERO, B.: "La gestión de las enfermedades profesionales por las mutuas de accidente de trabajo y enfermedades profesionales", en *Actualidad Laboral* núm. 5-2011. Pág. 2.

¹²⁵⁰ ARENAS VIRUEZ, M.: "Enfermedad profesional y Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social", en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 337.

La solución a este tema lo ha proporcionado el Tribunal Supremo, que se ha manifestado en numerosas ocasiones, así en la Sentencia de 18 de noviembre 2014 (recurso núm. 3084/2013) que establece la reforma establecida por la Ley 51/2007 en orden a la posible asunción por parte de las Mutuas de Accidentes de Trabajo de la cobertura de las prestaciones de incapacidad permanente de enfermedad profesional solo entró en vigor el 1 de enero 2008, por lo que no puede determinar la responsabilidad de la Mutua respecto de un periodo entre 1975-1993, cuando se contrajo la enfermedad, no porque en el momento del hecho causante hayan transcurrido varios años sino, porque en ese periodo de exposición al riesgo la cobertura de las prestaciones de incapacidad permanente y muerte tenía que establecerse en exclusiva con el Fondo de Compensación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, integrado en el INSS, limitándose las Mutuas a la colaboración en las prestaciones de incapacidad temporal y periodos de observación por estas contingencias, siendo determinante el momento de la exposición al riesgo. En el mismo sentido Sentencia del Tribunal Supremo 12 de junio 2018 (recurso núm. 1740/2017); Sentencia del Tribunal Supremo 18 de diciembre 2018 (recurso núm. 4300/2017); Sentencia del Tribunal Supremo 8 de enero 2019 (recurso núm. 2590/2016)¹²⁵¹.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 17 de julio 2017 (recurso núm. 1652/2016) que declara la responsabilidad compartida entre el INSS y la

¹²⁵¹ En el mismo sentido Sentencia del Tribunal Supremo de 15 de enero 2013 (recurso núm. 1152/2012), “el hecho causante de la prestación se produce vigente la Ley 51/2007 pero toda la vida laboral del actor se desarrolla previamente a la reforma que introduce la responsabilidad a las Mutuas por la contingencia de incapacidad permanente derivada de enfermedad profesional, luego siendo la entidad gestora la aseguradora durante todo ese periodo ella debe ser la responsable de la prestación”, de esta manera se establece que la prestación por incapacidad permanente deriva de enfermedad profesional es responsable el INSS y no la Mutua del pago de las declaradas con posterioridad al 1 de enero 2008, fecha de entrada en vigor la Ley 51/2007, la causa de la enfermedad se corresponde con los periodos en los que la contingencia estaba asegurada en exclusiva por el INSS. En idéntico sentido Sentencia del Tribunal Supremo de 12 de febrero 2013 (recurso núm. 1376/2012); Sentencia del Tribunal Supremo de 12 de febrero 2014 (recurso núm. 898/2013)

Mutua porque el trabajador estuvo sometido antes y después de 1 de enero 2008 a elementos susceptibles de generar enfermedad profesional, silicosis crónica complicada, antes de la entrada en vigor dicha Ley estaba asegurado por el INSS y con posterioridad a esta fecha, que seguía sometido a la exposición a los riesgos, la contingencia estaba asegurada por Mutua, por lo que son responsables el INSS y la Mutua, en proporción al tiempo que el trabajador estuvo expuesto al riesgo durante los servicios que prestó para la empresa.

La reciente Sentencia del Tribunal Supremo 21 de marzo 2019 (recurso núm. 3091/2017), en este supuesto determina la responsabilidad en el pago de las prestaciones derivadas de enfermedad profesional cuando el trabajador ha estado expuesto al riesgo antes y después de 1 de enero 2008, como se ha señalado, "la regla general es que la responsabilidad corresponde a aquella entidad en la que está asegurada la contingencia en el momento en que se produce el hecho causante. Sin embargo, al tratarse de enfermedad profesional, el hecho causante no se produce en el momento concreto y determinado, sino que va gestionándose a lo largo del tiempo hasta que se exteriorizan las dolencias", como antes de 1 de enero 2008 el trabajador estuvo sometido a elementos susceptibles de generar la enfermedad, asma bronquial y rinoconjuntivitis por sensibilización a harina de trigo, presente en su lugar de trabajo, en este periodo estuvo asegurada el riesgo en el INSS hasta 12 de febrero 2015 que la empresa concertó la cobertura de la enfermedad profesional con la Mutua Cesma, y a partir de esta fecha hasta el 11 de marzo 2015 que el trabajador inició un proceso de incapacidad temporal. Por lo que son responsables el INSS y la Mutua en proporción al tiempo de exposición a los riesgos que generaron la enfermedad, a la Mutua le corresponde la proporción de 28 días.

9.2. Colaboración de las empresas en la gestión de la Seguridad Social.

El sistema español de Seguridad Social, como expresa SARAGOSA i SARAGOSA¹²⁵², habilita a las empresas, individualmente consideradas, a colaborar de forma directa en su gestión, según se establece en el artículo 102 de LGSS y en la Orden Ministerial de 25 de noviembre 1966, por la que se regula la colaboración de las empresas en el Régimen General de la Seguridad Social (OCE en adelante). Las empresas pueden colaborar de manera obligatoria o voluntariamente. Esta posibilidad podía realizarse tanto en las contingencias profesionales como en las comunes, pero a partir de 1 de abril 2019, según establece el RD 28 de 2018, las empresas autorizadas a colaborar voluntariamente en la gestión de la Seguridad Social, será cuando la causa corresponda a contingencias que deriven de accidente de trabajo y enfermedad profesional, esto significa que al entrar en vigor la reforma se añade otra particularidad de las contingencias profesionales.

Por tanto la colaboración voluntaria de las empresas en la gestión de la Seguridad Social sólo se puede aplicar a la gestión de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional tras el RD 28/2018.

Para poder acceder a colaborar voluntariamente en la gestión las empresas deben cumplir una serie de requisitos, según expresa BLASCO LAHOZ¹²⁵³, como a) tener más de 250 trabajadores fijos afiliados y en alta en el Régimen General de la Seguridad Social o tener más de 100 trabajadores fijos y en alta, si la empresa tuviera la finalidad de prestar asistencia sanitaria, poseer instalaciones sanitarias propias que sean suficientemente eficaces para reunir la amplitud y nivel adecuados para prestar la asistencia sanitaria que

¹²⁵² SARAGOSSÀ i SARAGOSSÀ, J.V.: “La gestión del sistema de la Seguridad Social” en *Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit. pág. 126.

¹²⁵³ BLASCO LAHOZ, J.F.: “Especialidades en el acceso a las prestaciones derivadas de las contingencias profesionales y responsabilidad empresarial por los incumplimientos en materia de Seguridad Social y el papel de las Mutuas”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 117.

corresponda a la incapacidad laboral transitoria derivada de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional, exceptuando en su caso la hospitalización quirúrgica, artículo 4 OCE; b) observar un correcto cumplimiento de las obligaciones derivadas de la normativa social y, c) haber solicitado autorización, siempre con la documentación necesaria acompañada, al Ministerio de Trabajo, Migración y Seguridad Social, previo informe de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, Inspección de los servicios sanitarios, de las correspondientes entidades gestoras y del comité de empresa, como describe el artículo 14 de OCE.

Las obligaciones que competen a las empresas que colaboren voluntariamente en la gestión de la Seguridad Social, solo en materia de accidente de trabajo y enfermedad profesional, como expresa SARAGOSA i SARAGOSA¹²⁵⁴, son: asumir directamente el pago, a su cargo, de las prestaciones de incapacidad temporal por accidente de trabajo y enfermedad profesional y las prestaciones de asistencia sanitaria y recuperación profesional, incluido el subsidio que corresponda mientras dure la situación. Es obligatorio que la empresa, a) cuente con la cobertura para poder efectuar las prestaciones autorizadas, se prohíbe la cesión, aseguramiento o transmisión de la gestión a un tercero, b) destine parte de los excedentes de la gestión a una reserva de estabilización e c) informar semestralmente a los representantes de los trabajadores de la gestión de la colaboración. En contraprestación por realizar la gestión, las empresas retendrán parte de la cuota empresarial de las prestaciones económica y sanitarias asumidas, salvo la deducción de una cantidad que se destina al sostenimiento de los servicios comunes de la Seguridad Social, tal y como establece el artículo 6 OCE.

¹²⁵⁴ SARAGOSSÀ i SARAGOSSÀ, J.V.: “La gestión del sistema de la Seguridad Social” en AA.VV. (Dir. ROQUETA BUJ, R. y GARCIA ORTEGA, J.) Derecho de la Seguridad Social. ob. cit. pág. 128.

Por medio de la colaboración voluntaria, como expresa BLASCO LAHOZ¹²⁵⁵, es posible, al contrario de lo que sucede en la colaboración obligatoria, la gestión de la prestación de asistencia sanitaria consecuencia de accidente de trabajo y enfermedad profesional

La colaboración obligatoria se establece en el artículo 102.1.b) LGSS¹²⁵⁶, como expresa SARAGOSA i SARAGOSA¹²⁵⁷, con el objeto de liberar las tareas y agilizar el pago de determinadas prestaciones de la Seguridad Social a las entidades gestoras se regula mediante el pago delegado a los trabajadores por las empresas, a cargo de la entidad gestora obligada, de las prestaciones económicas por incapacidad temporal, independientemente de la causa, entre otras prestaciones.

¹²⁵⁵ BLASCO LAHOZ, J.F.: “Especialidades en el acceso a las prestaciones derivadas de las contingencias profesionales y responsabilidad empresarial por los incumplimientos en materia de Seguridad Social y el papel de las Mutuas”, en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob. cit. pág. 117.

¹²⁵⁶ RD 28/2018, de 28 de diciembre suprimió la letra b) y se reordena, el c) pasa a b).

¹²⁵⁷ SARAGOSSÀ i SARAGOSSÀ, J.V.: “La gestión del sistema de la Seguridad Social” en *Derecho de la Seguridad Social*, ob. cit. pág. 127.

CAPITULO X

ENFERMEDAD PROFESIONAL Y RESPONSABILIDADES EMPRESARIALES.

10.1. Reconocimiento legal de las responsabilidades.

Una de las más importantes consecuencias del desarrollo de una enfermedad de origen laboral, como expresa NAVAS-PAREJO ALONSO¹²⁵⁸, tanto si es enfermedad profesional en sentido estricto o enfermedad derivada del trabajo, es el tema de las responsabilidades que pueden generar. Y no se puede separar la enfermedad profesional y la prevención de riesgos laborales.

La responsabilidad se podría definir, como expresa MATEOS BEATO¹²⁵⁹, como la obligación de reparar y satisfacer la consecuencia de un incumplimiento por falta, delito o una causa legal. Y este incumplimiento puede generar un daño, un riesgo o sólo infringir una norma.

Tanto la responsabilidad penal como la administrativa son manifestaciones del derecho punitivo del Estado, siendo el fundamento jurídico en materia de enfermedades profesionales, igual que para el resto de responsabilidades el artículo 42.1 LPRL, como expresa NAVAS-PAREJO ALONSO¹²⁶⁰, pero en la responsabilidad administrativa existe una norma específica como es el RD legislativo 5/2000 de 4 de agosto, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social (LISOS en adelante), pero en el caso de la responsabilidad penal al igual

¹²⁵⁸ NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: "Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social", en Enfermedades profesionales. ob. cit. pág. 345.

¹²⁵⁹ MATEOS BEATO, A.: Diccionario de Seguridad y Salud Laboral. conceptos de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Valladolid 2001. Editorial Lex Nova. pág. 957.

¹²⁶⁰ NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: "Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social", en Enfermedades profesionales. ob. cit. pág. 346.

que en la responsabilidad civil o hay una norma específica. No hay una norma específica

El artículo 42.1 LPRL establece, como expresa BLASCO LAHOZ¹²⁶¹, que cuando los empresarios incumplen sus obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales dará lugar a responsabilidades administrativas y, en su caso, a responsabilidades penales y a las civiles por los daños y perjuicios que pudieran derivarse del mencionado incumplimiento, a éstas hay que sumar la responsabilidad del empresario en materia de Seguridad Social y la disciplinaria del trabajador cuando no cumple sus deberes de prevención establecidos en el artículo 29.2 LPRL.

10.2. Responsabilidad administrativa.

La responsabilidad administrativa que deriva del incumplimiento de la norma preventiva se fundamenta, como expresa NAVAS-PAREJO ALONSO¹²⁶², en el artículo 25 de la Constitución Española, su naturaleza jurídica es pública, por cuanto expresa la voluntad punitiva del Estado y, se desarrolla en un contexto de relación entre particulares y poderes públicos. Además el carácter público repercute en dos sentidos, en primer lugar, porque sus consecuencias son típicamente sancionadoras; y en segundo lugar, porque debe salvaguardar los principios básicos del derecho sancionador que son, legalidad, tipicidad, culpabilidad, presunción de inocencia, “non bis in ídem” e irretroactividad.

¹²⁶¹ BLASCO LAHOZ, J.F.: “Responsabilidades y sanciones en materia de Prevención de Riesgos Laborales” en *Curso de prevención de riesgos laborales*. pág. 259.

¹²⁶² NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: “Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social”, en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 356.

Por otra parte, para BLASCO LAHOZ¹²⁶³, la responsabilidad administrativa tiene por objeto la defensa del interés público de la colectividad frente a los incumplimientos de las normas en materia de prevención de riesgos, para lo cual no es necesario que se produzca un daño para que exista sanción. Y el artículo 5.2 LISOS¹²⁶⁴, establece que son infracciones laborales en materia de prevención de riesgos laborales las acciones u omisiones de los diferentes sujetos responsables que incumplan las normas legales, reglamentarias y cláusulas normativas de los convenios colectivos en materia de seguridad y salud en el trabajo sujetas a responsabilidad.

Como la responsabilidad administrativa impone sanciones por el mero incumplimiento de la norma, no es necesario, como expresa ALFONSO MELLADO¹²⁶⁵, que exista culpa empresarial, porque existen destacados elementos que conducen a creer en una objetivación de esta responsabilidad, pero para SALA FRANCO¹²⁶⁶, el matiz de la culpa si interviene a la hora de graduar las sanciones. Esto nos lleva a considerar que, como expresa NAVAS-PAREJO ALONSO¹²⁶⁷, la responsabilidad administrativa sea considerada como “cuasi objetiva” y no como meramente objetiva, porque difícilmente puede darse una responsabilidad administrativa en la que no exista culpa por parte del empresario, por cuanto se parte de un incumplimiento de la norma preventiva.

¹²⁶³ BLASCO LAHOZ, J.F.: “Responsabilidades y sanciones en materia de Prevención de Riesgos Laborales” en *Curso de prevención de riesgos laborales*, pág. 259.

¹²⁶⁴ En la redacción realizada por la Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de prevención de riesgos laborales.

¹²⁶⁵ ALFONSO MELLADO, C.L.: *Responsabilidad empresarial en materia de Seguridad y Salud laboral*. Valencia 1998. Editorial Tirant lo Blanch. pág.90.

¹²⁶⁶ SALA FRANCO, T.: *Derecho de la Prevención de Riesgos Laborales*. Valencia 2003. Editorial Tirant lo Blanch, pág. 197.

¹²⁶⁷ NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: “Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social”, en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 357.

10.2.1. Infracciones administrativas.

Las infracciones administrativas se califican en leves, artículo 11 LISOS, graves, artículo 12 LISOS y muy graves, artículo 13 LISOS, atendiendo a la naturaleza del deber infringido y la entidad del derecho afectado.

Dentro de las infracciones en el marco de la prevención de riesgos laborales y que están relacionadas con las enfermedades profesionales, como expresa NAVAS-PAREJO ALONSO¹²⁶⁸, cabe destacar entre las graves el incumplimiento de la obligación de evaluación de riesgos, las actualizaciones y las revisiones; la ausencia de reconocimientos de médicos y pruebas de vigilancia de la salud de los trabajadores que procedan conforme a la normativa sobre prevención, o no comunicar a los trabajadores afectados el resultado de los mismos. Es importante la comunicación de la empresa al trabajador como la del servicio médico al empresario, porque la ausencia de ésta comunicación conllevaría la responsabilidad del servicio médico y no del empresario. Son infracciones la superación de los límites legales de exposición a los agentes nocivos sin adoptar las medidas preventivas adecuadas, que pueden ser calificadas como graves o muy graves, en función de la gravedad o proximidad del riesgo, el incumplimiento de la norma preventiva en relación a la comunicación a la autoridad laboral las sustancias, agentes físicos, químicos y biológicos, o procesos utilizados en las empresas, o incumplimientos de prohibiciones o limitaciones respecto de operaciones, procesos y uso de agentes físicos, químicos y biológicos en los lugares de trabajo, o limitaciones respecto del número de trabajadores que puedan quedar expuestos a determinados agentes físicos, químicos y biológicos, o del registro de los niveles de exposición a estos agentes, así como listas de trabajadores expuestos y expedientes médicos.

¹²⁶⁸ NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: "Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social", en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 358.

10.2.2. Sanciones administrativas.

La Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS en adelante) instruirá el oportuno expediente sancionador de las infracciones tipificadas y que serán objeto de sanción, como expresa BLASCO LAHOZ¹²⁶⁹, y establece el artículo 52.1.a) LISOS, sin perjuicio de las posibles responsabilidades que puedan presentarse de otro orden.

La competencia sancionadora corresponde, según el artículo 48.2 LISOS y de conformidad con la redacción de la Ley 38/2007 de 16 de noviembre¹²⁷⁰ en la Disposición Final Primera, en el ámbito de las competencias del Estado: a) a la autoridad laboral competente a nivel provincial hasta 40.985 euros, b) al Director General de Trabajo hasta 123.000 euros, c) al Ministro de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social hasta 409.000 euros, en estos tres supuestos, como expresa BLASCO LAHOZ¹²⁷¹, las sanciones se impondrá a propuestas de la ITSS; y d) corresponde al Consejo de Ministros, a propuesta del Ministro de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social , hasta la cantidad de 819.000 euros.

Las sanciones aplicables a las infracciones tipificadas se podrán imponer en los grados mínimo, medio y máximo, atendiendo a los criterios que establece el artículo 39.3 LISOS, criterios, entre otros, como la peligrosidad de las actividades desarrolladas en la empresa, la gravedad de los daños producidos o que hubieran podido producirse ante la ausencia de las medidas preventivas. Matizando el apartado 5ª del artículo 39 LISOS que los criterios de graduación no podrán ni agravar ni atenuar la calificación de la infracción cuando, dichos

¹²⁶⁹ BLASCO LAHOZ, J.F.: “Responsabilidades y sanciones en materia de Prevención de Riesgos Laborales”, en *Curso de prevención de riesgos laborales*, ob. cit., págs. 270-271.

¹²⁷⁰ Por el que se modifica el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, en materia de información y consulta de los trabajadores asalariados en caso de insolvencia del empresario.

¹²⁷¹ BLASCO LAHOZ, J.F.: “Responsabilidades y sanciones en materia de Prevención de Riesgos Laborales” en *Curso de prevención de riesgos laborales*, ob. cit., pág. 271.

criterios, se encuentren contenidos en la descripción de la conducta infractora o formen parte del ilícito administrativo.

Las infracciones se sancionaran, según el artículo 40.2 de LISOS, en leves, graves y muy graves, y dentro de cada una se gradúan en grado mínimo, grado medio y grado máximo, en atención, según expresa BLASCO LAHOZ¹²⁷², a la negligencia e intencionalidad del sujeto infractor, fraude o connivencia, incumplimiento de las advertencias previas y requerimientos de la ITSS, cantidad de negocios de la empresa, número de trabajadores o beneficiarios afectados, perjuicio causado y cantidad defraudada, como circunstancias que pueden agravar o atenuar la graduación a aplicar a la infracción cometida.

Además también existirá reincidencia cuando se cometa una infracción de la misma calificación y tipo que la que originó una sanción anterior en el plazo de 365 días a que fuese notificada ésta, siendo necesario que hubiese adquirido firmeza la resolución sancionadora, en estos casos la cuantía de las sanciones podría incrementarse hasta el doble del grado de la sanción correspondiente a la infracción cometida, pero no podrá exceder las cuantías máximas previstas en cada clase de infracción, en este sentido lo establece el artículo 41.1 y 2 de LISOS.

Las infracciones graves y muy graves, como expresa BLASCO LAHOZ¹²⁷³, que se hayan cometido por quienes actúen como servicio de prevención, desarrollen la actividad de auditoría del sistema de prevención de las empresas, o desarrollen y certifiquen la formación en prevención de riesgos

¹²⁷² BLASCO LAHOZ, J.F.: “Especialidades en el acceso a las prestaciones derivadas de contingencias profesionales”, en AA.VV.(Dir. PEREZ ALONSO, M.A.) *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob. cit. pág. 129.

¹²⁷³ BLASCO LAHOZ, J.F.: “Responsabilidades y sanciones en materia de Prevención de Riesgos Laborales” en AAVV (LOPEZ GANDIA, J., BLASCO LAHOZ, J.F.), *Curso de prevención de riesgos laborales*. pág. 273.

laborales, podrán además ser sancionados adicionalmente con la cancelación de la acreditación otorgada por la autoridad laboral, y como establece el artículo 40.2 LISOS cuando se trate de sanciones consecuencia de infracciones muy graves, cuando adquieran la firmeza, se harán públicas en la forma que se determine reglamentariamente, el procedimiento para la publicación se encuentra regulado en el RD 597/07, de 4 de mayo¹²⁷⁴.

10.3. Responsabilidad penal.

La responsabilidad penal se ordena, según expresa ALFONSO MELLADO¹²⁷⁵, como una demostración del poder público que castiga unas determinadas conductas que son especialmente inadmisibles por la sociedad, y que junto a la función sancionadora contiene una finalidad preventiva o disuasoria.

La infracción penal necesita para su comisión una serie de elementos, como expresa NAVAS-PAREJO ALONSO¹²⁷⁶, a) una acción u omisión, b) una conducta ilícita o injustificada, que normalmente suele identificarse con el incumplimiento de una norma, c) la relación de causalidad entre el incumplimiento y el daño o peligro que se ha producido, y d) que todas estas conductas se hayan realizado con culpabilidad.

La responsabilidad penal es anunciada en el artículo 42 LPRL, pero como no tiene desarrollo en dicha norma hay que recurrir al Código Penal¹²⁷⁷,

¹²⁷⁴ Sobre publicación de las sanciones por infracciones muy graves en materia de prevención de riesgos laborales.

¹²⁷⁵ ALFONSO MELLADO, C.L.: *Responsabilidad empresarial en materia de Seguridad y Salud laboral*. Valencia 1998. Editorial Tirant lo Blanch. pág.63.

¹²⁷⁶ NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: "Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social", en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 347.

¹²⁷⁷ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

el cual hace referencia de manera expresa a la seguridad y salud laboral en los artículos 316, 317 y 318. Estos delitos denominados de peligro, o de riesgo¹²⁷⁸, se sanciona la conducta de no proporcionar los medios necesarios para el ejercicio del trabajo en condiciones de seguridad adecuados o no respetar las normas en materia de prevención de riesgos laborales, siendo suficiente la puesta en grave peligro de la vida o salud o integridad física del trabajador. No es necesario que se produzca el daño, normalmente la conducta sancionada es la del empresario, pero también pueden intervenir otros sujetos, incluso trabajadores. La especialidad radica en la puesta en peligro que debe estar relacionada con una enfermedad profesional, con una serie de particularidades frente al accidente de trabajo.

El artículo 316 Código Penal establece la conducta típica en supuestos de dolo, el artículo 317 Código Penal tipifica la misma conducta, pero cuando se ha realizado con imprudencia grave y, el artículo 318 Código Penal es la misma conducta pero cuando la realizan los encargados de la empresa, también se previene y se sanciona la conducta de quien tenía conocimiento de la conducta prohibida y no hizo nada para evitarlo. Son delitos de omisión impropia. La enfermedad profesional es una consecuencia de la puesta en peligro de la vida, como expresa NAVAS-PAREJO ALONSO¹²⁷⁹, pero también son punibles las fases anteriores, lo que puede llevar a encubrir una puesta en peligro con una situación de daño.

En la conducta se exige que se infrinjan normas de prevención de riesgos laborales y que éstas tengan como consecuencia el peligro para la vida, salud o integridad física de los trabajadores, pero esta alusión a las normas es

¹²⁷⁸ En este sentido, GARCIA MURCIA, J.: "Responsabilidades y sanciones en materia de seguridad y salud laboral en el trabajo", en *RTSS, CEF* núm. 395-2016.

¹²⁷⁹ NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: "Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social", en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 348.

genérica, por lo que ha determinado que estos delitos se califiquen como normas penales en blanco, porque no especifica cuáles, cuestionándose, como expresan GONZALEZ ORTEGA y CARRERO DOMINGUEZ¹²⁸⁰, si se pueden incluir en estas normas las notas técnicas, los convenios colectivos. Porque si algo caracteriza a las enfermedades profesionales es la gran dependencia de las normas y al ser procesos no súbitos, el caso de los accidentes, hay que tener en cuenta tanto el estado y nivel de conocimientos como el estado normativo en el momento que ocurrieron los hechos.

10.3.1. Responsabilidad penal de la enfermedad profesión frente al accidente de trabajo.

Se debe partir de diferenciar entre accidente de trabajo y enfermedad profesional, el accidente de trabajo es un hecho súbito y violento, mientras que las enfermedades profesionales y las enfermedades del trabajo se caracterizan por ser procesos que se forman progresiva y lentamente, generándose durante años, en el accidente de trabajo no es habitual que se impute responsabilidad al empresario solamente por los delitos de peligro, sino que el peligro suele ir asociado al daño, porque la existencia del peligro es difícil de detectar, pero en las enfermedades profesionales pueden suceder dos situaciones:

1).- que aparezca la enfermedad mucho después de la puesta en peligro, la aparición se vincula a que el trabajador estuvo en peligro en el pasado, pero no se descubrió, en este supuesto tanto el delito de peligro como el de homicidio o el de lesiones se detectan pasado un tiempo, y se imputan responsabilidad penal, tanto por un delito como por otro, pero con las

¹²⁸⁰ GONZALEZ ORTEGA, S. y CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Normativa en materia de prevención de riesgos laborales y delitos contra la seguridad en el trabajo", en AA.VV. (Dir. CORCOY BIDASOLO, M.) Derecho Penal de la empresa. Pamplona 2002. Editorial Universidad Pública de Navarra. págs. 495-514.

particularidades que presenta la prescripción, que es donde presenta la principal diferencia con el accidente de trabajo, como expresa NAVAS-PAREJO ALONSO¹²⁸¹, como en la enfermedad profesional entre la comisión de la infracción punible y cuando se manifiesta la misma pasa más tiempo del establecido en el artículo 131 Código Penal, la jurisprudencia en este supuesto ha determinado que se ha consumado el delito cuando se produce el resultado, porque hasta ese momento no se ha completado el tipo penal, la Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de abril 2005 (recurso núm. 2198/2003), en el conocido caso Ardystil¹²⁸², se establece que no debe iniciarse el cómputo de la prescripción desde la producción del resultado, es decir desde la última consecuencia lesiva para los trabajadores, el inicio del cómputo se sitúa en el momento de producirse el resultado.

2).- se detecta la puesta en peligro y con posterioridad se desencadena la enfermedad profesional. Primero se imputa una responsabilidad penal por el delito de peligro y, como expresa NAVAS-PAREJO ALONSO¹²⁸³, con posterioridad cuando se detectara el daño se aplicaría el juego de la prescripción para imputar responsabilidad por homicidio o lesiones, pero el Código Penal intenta evitar los dobles castigos íntegros porque al haber identidad de hecho y de sujeto sería desproporcionado aplicar la suma de los dos delitos. Si, únicamente, es un trabajador que se encuentra en peligro, el delito de homicidio o lesiones absorbería al delito de peligro. Para el caso de

¹²⁸¹ NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: "Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social", en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. págs. 349-350.

¹²⁸² https://elpais.com/diario/2003/07/01/sociedad/1057010402_850215.html Una grave afección pulmonar por inhalación de productos químicos, en 1992 causó la muerte de 6 trabajadores y un centenar resultaron afectados en ocho fábricas, en términos de Alicante, de aerografía textil, en la estampación de dibujos en diversas clases de tejidos se usaba un sistema de impresión con pistolas neumáticas, conocido como aerografía.

¹²⁸³ NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: "Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social", en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. págs. 350-351.

que el delito de peligro afecte a una colectividad de trabajadores y el daño no afecta a todos, el delito de homicidio o lesiones sancionaría el daño generado a los trabajadores concretos, mientras que el delito de peligro sancionaría la puesta en peligro del conjunto de trabajadores, sería un concurso ideal de delitos previsto en el artículo 77 del Código Penal.

10.3.2. Sujetos responsables.

Por una parte, en virtud de lo establecido en el artículo 316 del Código Penal, como expresa BLASCO LAHOZ¹²⁸⁴, la responsabilidad penal podría ser exigida no sólo a los empresarios, sino a cualquier persona que tenga alguna intervención en los hechos tipificados como delito. Y cuando el delito se atribuyera a persona jurídica, de conformidad con el artículo 318 del Código Penal, se impondrá la pena a los administradores o encargados del servicio que hayan sido responsables de los mismos y a quienes, conociéndolos y pudiendo remediarlo, no hubieran adoptado las medidas para ello.

Pero, por otra parte, como expresa NAVAS-PAREJO ALONSO¹²⁸⁵, en la enfermedad profesional tienen especial importancia, a) el servicio de prevención, por no evaluar correctamente el riesgo o proponer las medidas preventivas adecuadas y, b) el médico de empresa por una negligencia en el diagnóstico o reconocimiento médico¹²⁸⁶.

¹²⁸⁴ BLASCO LAHOZ, J.F.: "Responsabilidades y sanciones en materia de Prevención de Riesgos Laborales", en *Curso de prevención de riesgos laborales*, ob. cit., pág. 273; en idéntico sentido, GARCIA MURCIA, J.: "Responsabilidades y sanciones en materia de seguridad y salud en el trabajo", ob. cit., pág. 95.

¹²⁸⁵ NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: "Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social", en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 352.

¹²⁸⁶ Vid: MIRANDA HERRAN, E.: "La enfermedad profesional en los delitos contra la seguridad en el trabajo", en *Estudios jurídicos* núm. 2011-2011.

Plantea problemas también determinar la responsabilidad penal cuando el trabajador extingue la relación laboral en la empresa que estaba expuesto, o cuando se produce una sucesión de empresas, se considera en estos supuestos que es responsable penalmente el empresario inicial por no facilitar los medios necesarios para el desempeño del trabajo en condiciones de seguridad y salud adecuadas. En el caso de las enfermedades profesionales, como expresa NAVAS-PAREJO ALONSO¹²⁸⁷, las conductas que pueden generar una puesta en grave peligro son habitualmente, los defectos en la vigilancia de la salud, los aspectos relacionados con los equipos de protección individual, la ausencia de la formación de los trabajadores, problemas de coordinación de las actividades preventivas.

10.3.3. Sanciones.

Las sanciones o penas establecidas, como expresa BLASCO LAHOZ¹²⁸⁸, serán, a) cuando se trate de un delito doloso prisión de 6 meses a 3 años y multa de 6 a doce meses, como establece el artículo 316 del Código Penal, b) cuando el delito sea consecuencia de una imprudencia grave se castigara con una pena inferior en grado, de conformidad con el artículo 317 del Código Penal, que se determinará partiendo de la cifra mínima señalada por la ley para el delito de que se trate y deduciendo de ésta la mitad de su cuantía, constituyendo el resultado de tal deducción su límite mínimo.

¹²⁸⁷ NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: "Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social", en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 353.

¹²⁸⁸ BLASCO LAHOZ, J.F.: "Responsabilidades y sanciones en materia de Prevención de Riesgos Laborales" en *Curso de prevención de riesgos laborales*, ob. cit., pág. 276.

10.3.4. Delitos de homicidio y lesiones.

El análisis de la responsabilidad penal derivada del incumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, como establece LOPEZ BALAGUER¹²⁸⁹, no se agotaría con la referencia de los preceptos del Código Penal citados, porque es posible que el daño al trabajador puede llevar también la aplicación de otros tipos delictivos genéricos, concretamente prevé dos tipos penales que son el homicidio y el de lesiones, el artículo 142 del Código Penal tipifica el delito de homicidio y el artículo 152 del Código Penal el delito de lesiones.

En estos delitos el bien jurídico protegido, como expresa NAVAS-PAREJO ALONSO¹²⁹⁰, es la vida y la integridad física del trabajador víctima de una enfermedad profesional, y pueden cometerse tanto mediante una conducta activa, como puede ser ordenar una tarea a un trabajador inexperto, por lo que se expondría a un agente peligroso, como por una conducta omisiva, como sería no proporcionarle las medidas de seguridad, es la comisión por omisión.

Al tratarse de una enfermedad profesional habrá que tener en cuenta los requisitos de causalidad y culpabilidad. Será necesario probar que la enfermedad profesional tiene como causa una conducta negligente e incumplidora de las obligaciones preventivas. Como es un proceso lento que no suelen manifestarse al instante en que se incumple la norma, resultara difícil de

¹²⁸⁹ LOPEZ BALAGUER, M.: "Prevención de riesgos laborales y ETT", en *Análisis práctico de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit., pág. 485

¹²⁹⁰ NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: "Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social", en *Enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 354.

probar que a causa del incumplimiento del empresario la causa del daño, siendo las principales dificultades el tiempo transcurrido entre la conducta de omisión del garante de seguridad y la manifestación de la enfermedad, porque el trabajador puede haberse visto expuesto a otros factores que también pueden haber contribuido a la enfermedad profesional.

En relación a la culpabilidad se suele alegar que en el momento de exposición a los agentes peligrosos que provocaron la enfermedad profesional, el conocimiento científico, como expresa NAVAS-PAREJO ALONSO¹²⁹¹, y la normativa no sospechaban de los efectos nocivos de dichos agentes. El problema se resume a un tema de prueba.

10.4. Responsabilidad civil o patrimonial: indemnización privada por daños derivados de enfermedad profesional.

El artículo 42 LPRL incluye, como describe BLASCO LAHOZ¹²⁹², la responsabilidad civil en el cuadro de posibles responsabilidades en materia de prevención de riesgos laborales, pero no entra en su regulación.

La responsabilidad civil por el incumplimiento de las medidas de seguridad en el trabajo, como establece LOPEZ BALAGUER¹²⁹³, tiene por finalidad social reparar las consecuencias del daño sufrido por el trabajador, está dirigida al sujeto individual, trabajador, víctima de la enfermedad profesional y el carácter es indemnizatorio o compensatorio, características que

¹²⁹¹ NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: "Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social", en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 356.

¹²⁹² BLASCO LAHOZ, J.F.: "Responsabilidades y sanciones en materia de Prevención de Riesgos Laborales" en AA.VV (LOPEZ GANDIA, J., BLASCO LAHOZ, J.F.), *Curso de prevención de riesgos laborales*. pág. 282.

¹²⁹³ LOPEZ BALAGUER, M.: "Prevención de riesgos laborales y ETT", en *Análisis práctico de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit. pág. 488.

la distinguen de la responsabilidad penal y de la administrativa. Es necesario siempre que se produzca un daño para poder exigir responsabilidad civil, porque si del incumplimiento no se deriva ningún daño o perjuicio alguno no se puede exigir responsabilidad civil al empresario.

El régimen jurídico de la responsabilidad civil hay que buscarlo en la legislación general, en concreto en el Código Civil¹²⁹⁴, como expresa NAVAS-PAREJO ALONSO¹²⁹⁵, puede tratarse de naturaleza contractual regulada en los artículos 1101 y siguiente, o naturaleza extracontractual establecida en los artículos 1902 y siguientes.

10.4.1. Responsabilidad civil o patrimonial: la carga de la prueba.

Para que un trabajador exija responsabilidad por accidente de trabajo o enfermedad profesional, como expresa IGARTUA MIRO¹²⁹⁶, además del daño ha sido tradicional exigir el cumplimiento de las obligaciones de seguridad, basándose en la culpa o la negligencia.

Si bien son muchas las cuestiones que en materia probatoria se podrían enumerar, para ALFONSO MELLADO¹²⁹⁷, las de mayor importancia son las que afectan a dos cuestiones: 1) la carga de la prueba y 2) el objeto de la prueba.

¹²⁹⁴ Real Decreto de 24 de julio 1889 por el que se aprueba el Código Civil.

¹²⁹⁵ NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: “Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social”, en *Enfermedades profesionales*, ob. cit. pág. 361.

¹²⁹⁶ IGARTUA MIRO, M.T.: “Carga de la prueba en responsabilidad por accidente de trabajo y enfermedad profesional y tutela de la seguridad y salud en el trabajo en España”, en *Revista Internacional y comparada de relaciones laborales y derecho del empleo*. volumen 2, núm. 2-2014 @2014 ADAPT University Press

¹²⁹⁷ ALFONSO MELLADO, C.L.: “Indemnizaciones derivadas de responsabilidad empresarial por accidente de trabajo. Problemas esenciales” en AA.VV. (Dir. PEREZ ALONSO M.A.) *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 178.

1).- la carga de la prueba, siempre ha sido debatido determinar a quien correspondía la carga de la prueba, lo que vinculaba con la responsabilidad empresarial por los daños que derivan de accidentes de trabajo y enfermedad profesional¹²⁹⁸.

Tras la entrada en vigor de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción Social¹²⁹⁹, (en adelante LJS), en el artículo 96.2 opta, como expresa ALFONSO MELLADO¹³⁰⁰, por una autentica inversión de la carga de la prueba, exigiendo en todos los procesos que deriven de responsabilidades en accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, sean los deudores de seguridad, bien empresario o bien otros sujetos obligados, quienes han participado en la producción del resultado lesivo, los que deben probar que adoptaron todas las medidas necesarias para prevenir o evitar el riesgo, así como los factores que pueden excluir o reducir su responsabilidad.

Cuando concurre una conducta temeraria del trabajador la LJS parece establecer una regla general pero ésta cede ante situaciones extremas, pero deberá el empresario, y cualquier otro obligado, demostrar que actuó con toda la diligencia para evitar la imprudencia del trabajador o, en sentido contrario, el trabajador deberá demostrar que a pesar de existir imprudencia temeraria por su parte, existió una conducta incumplidora por el empresario que agravó los daños.

2).- el objeto de la prueba, al menos son tres, como expresa ALFONSO

¹²⁹⁸ Vid: ¹²⁹⁸ IGARTUA MIRO, M.T.: "Carga de la prueba en responsabilidad por accidente de trabajo y enfermedad profesional y tutela de la seguridad y salud en el trabajo en España", en Revista Internacional y comparada de relaciones laborales y derecho del empleo. volumen 2, núm. 2-2014.

¹²⁹⁹ Que viene a sustituir el anterior Texto Refundido de la Ley de Procedimiento Laboral, aprobado por RD legislativo 2/1995 de 7 de abril.

¹³⁰⁰ ALFONSO MELLADO, C.L.: "Indemnizaciones derivadas de responsabilidad empresarial por accidente de trabajo. Problemas esenciales" en AA.VV. (Dir. PEREZ ALONSO M.A.) El accidente de trabajo y la enfermedad profesional. ob. cit. pág. 178.

MELLADO¹³⁰¹, los elementos que deberán ser objeto de la prueba: a) la existencia de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional; b) la existencia de unos daños y la cuantía que deberá repararlos; c) el incumplimiento de obligaciones preventivas que además deberá ser culpable.

a) la existencia de enfermedad profesional, solo será relevante las enfermedades profesionales en las que exista una obligación preventiva del empresario, lo importante será la prueba de la existencia de una situación en la que había obligaciones preventivas que se incumplieron.

b) la existencia de unos daños y la cuantía, los daños a indemnizar son todos los que derivan de la enfermedad o lesión producida a consecuencia del trabajo y sobre los que exista obligación de responsabilidad de indemnizar. Será la reparación integra de los daños como establece la doctrina jurisprudencial, destacando la Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de junio 2014 (recurso núm. 1257/2013) donde dispone que deben valorarse todos los posibles daños y perjuicios, los daños físicos, psíquicos, morales, pérdida de retribuciones de presente y de futuro o lucro cesante, etc. incluso deben valorarse los daños que puedan sufrir los familiares.

c) el incumplimiento culpable de las obligaciones preventivas, evidentemente las normas de prevención imponen al empresario la obligación de evitar todos los peligros, como expresa ALFONSO MELLADO¹³⁰², que se puedan evitar y de prevenir todos los que sean previsibles y no puedan evitarse. Por lo que habrá que proceder en la realización de una secuenciación preventiva de conformidad con el artículo 15 de la LPRL. Y solo demostrando el cumplimiento

¹³⁰¹ ALFONSO MELLADO, C.L.: "Indemnizaciones derivadas de responsabilidad empresarial por accidente de trabajo. Problemas esenciales" en AA.VV. (Dir. PEREZ ALONSO M.A.) El accidente de trabajo y la enfermedad profesional. ob. cit. pág. 186.

¹³⁰² ALFONSO MELLADO, C.L.: "Indemnizaciones derivadas de responsabilidad empresarial por accidente de trabajo. Problemas esenciales" en AA.VV. (Dir. PEREZ ALONSO M.A.) El accidente de trabajo y la enfermedad profesional. ob. cit. págs. 188-192.

preventivo secuenciado en el artículo 15 LPRL, podrá interpretarse que el empresario ha cumplido la obligación de actuar con la diligencia debida y, en caso contrario, se podrá imputar culpabilidad en mayor o menor grado o incluso en concurrencia con actuaciones del propio trabajador o de terceros.

10.4.2. La cuantía de las indemnizaciones.

La obligación empresarial en materia de seguridad y salud laboral implica un deber de protección al trabajador, y cuando se incumple, como expresa ALFONSO MELLADO¹³⁰³, puede ocasionar una responsabilidad indemnizatoria que compense al trabajador o a sus causahabientes de los daños sufridos.

Por tanto, las sentencias que resuelvan condenando la reparación de los daños sufridos por el trabajador, deberán cuantificar los mismos. Los bienes lesionados son muy considerables porque se encuentran los bienes que la Constitución Española establece de primer orden, como es la vida, la salud y la integridad, por tanto cuando sean lesionados merecen una reparación cuantiosa, los derechos a la seguridad y a la salud de los trabajadores son derechos que legal y constitucionalmente tienen una consideración prevalente, como los bienes lesionados en esta materia son de primera importancia por lo que las indemnizaciones deben ser suficientemente reparadoras.

Pero, por otra parte, en la responsabilidad civil opera la prohibición de enriquecimiento injusto, como expresa NAVAS-PAREJO ALONSO¹³⁰⁴, por lo que el daño no debe ser sobreindemnizado, y en el caso de percibir prestaciones de la Seguridad Social y de daños y perjuicios, es criterio que los

¹³⁰³ ALFONSO MELLADO, C.L.: "Indemnizaciones derivadas de responsabilidad empresarial por accidente de trabajo. Problemas esenciales", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. ob. cit. pág. 176.

¹³⁰⁴ NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: "Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social", en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 369.

daños se deben valorar por partidas, y partiendo de distintos conceptos. Así, partiendo del lucro cesante o ganancias dejadas de percibir a causa de la enfermedad profesional o accidente de trabajo, se realizará la deducción de la cuantía de las prestaciones solo respecto de los conceptos homogéneos, motivo por lo que las prestaciones de la Seguridad Social sólo restarán de la cuantía del lucro cesante de la indemnización civil, pero no de las demás partidas del daño. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de junio 2014 (recurso núm. 1257/2013) establece que las indemnizaciones de la Tabla I del baremo de circulación resarcen, esencialmente el daño moral, de las indemnizaciones no podían deducirse las mejoras voluntarias de las prestaciones de muerte y supervivencia, por no guardar la necesaria homogeneidad conceptual, pues estas mejoras tienen como finalidad indemnizar a los familiares del causante por la pérdida definitiva de los ingresos que allegaban a la familia, esto es, compensar el lucro cesante.

Es necesario identificar los perjuicios concretos que integran el daño, según la misma sentencia se alude a cuatro categorías de daños: a) daño corporal que constituyen las lesiones físicas y psíquicas del accidentado; b) el daño moral o sufrimiento psíquico o espiritual derivado del accidente; c) el daño emergente, la pérdida patrimonial; y d) el lucro cesante, la pérdida de ingresos y de expectativas laborales.

El problema esencial es determinar cómo se valoran los daños a indemnizar, porque, como expresa ALFONSO MELLADO¹³⁰⁵, no ha existido un criterio concreto para precisarlos, ni tasación alguna, por lo que la compensación que corresponda a los daños y perjuicios ocasionados será fijada discrecionalmente por el órgano judicial de instancia, pero el hecho de que la cuantía no se encuentre tasada y que se fije de manera discrecional, no

¹³⁰⁵ ALFONSO MELLADO, C.L.: "Indemnizaciones derivadas de responsabilidad empresarial por accidente de trabajo. Problemas esenciales", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit., pág. 199.

significa que el órgano judicial no deba precisar en la sentencia los hechos y fundamentos en que se basa para estimar los daños que se han producido y la forma en que se ha fijado la cuantía de la compensación.

Igualmente, habrá que razonar la posibilidad de otros factores que puedan influir en la cantidad reconocida, como la concurrencia de conductas culposas, que como expresa ALFONSO MELLADO¹³⁰⁶, también quedan a discrecionalidad judicial, aunque se puede revisar en vía de recurso, como establece la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sevilla, de 1 de marzo 2017 (recurso núm. 1139/2016) “sobre la determinación del importe de la indemnización hay que estar de forma principal a lo que se haya hecho por la Juzgadora a quo en la instancia sin que pueda modificarse en esta fase de suplicación salvo en los casos de clara falta de lógica, proporción y razonabilidad en la misma¹³⁰⁷.

Como guía orientativa, se suele acudir por los tribunales, como expresa NAVAS-PAREJO ALONSO¹³⁰⁸, a la aplicación del baremo de accidentes de circulación, reformado por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre¹³⁰⁹, el baremo es de aplicación orientativa y no obligatoria, pero si el tribunal se aparta del mismo deberá justificarlo adecuadamente. Pero, a pesar de los muchos

¹³⁰⁶ ALFONSO MELLADO, C.L.: “Indemnizaciones derivadas de responsabilidad empresarial por accidente de trabajo. Problemas esenciales” en AA.VV. (Dir. PEREZ ALONSO M.A.) El accidente de trabajo y la enfermedad profesional. ob. cit. págs. 201-202.

¹³⁰⁷ En el mismo sentido Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 15 de febrero 2017 (recurso núm. 7474/2016) “si el juez de instancia decidió legítimamente la aplicación del Baremo, lo que no puede hacer la Sala es, como parece pretender el recurrente, fijar en suplicación a su prudente arbitrio la indemnización que corresponda, pues cuando se acepta la aplicación de una norma para la cuantificación del daño, podrá revisarse la aplicación que de esas reglas haga la sentencia de instancia por el Tribunal que conozca el recurso contra ella, aunque sea extraordinario, pero no cabe que el Tribunal se aparte del sistema de baremación del daño seguido en la instancia”.

¹³⁰⁸ NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: “Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social”, en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 370.

¹³⁰⁹ De reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

beneficios del baremo, no es un instrumento del todo perfecto porque no diferencia cuando interviene o no la culpa en la producción de la enfermedad profesional. En realidad lo que debería haberse aprobado es un baremo específico, tal y como se establece en la Disposición Final Quinta de la LRJS “en el plazo de seis meses a partir de la entrada en vigor esta ley, el Gobierno adoptará las medidas necesarias para aprobar un sistema de valoración de daños derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional, mediante un sistema específico de baremo de indemnizaciones actualizables anualmente.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de junio 2014 (recurso núm. 1257/2013) establece que las cantidades establecidas en el baremo son mínimas, perfectamente mejorables por los órganos del orden social¹³¹⁰.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 17 de febrero 2015 (recurso núm. 1219/2014) establece los criterios y principios que deben seguirse para calcular la indemnización de daños y perjuicios derivados de accidente de trabajo:

1º) principio de reparación íntegra del daño, la finalidad de la indemnización por daños y perjuicios es lograr la íntegra compensación de los mismos, para que el perjudicado obtenga la plena indemnidad por el acto dañoso;

2º) principio de proporcionalidad entre el daño y su reparación, evitando el enriquecimiento injusto;

3º) principio de compatibilidad entre las diferentes vías de atención al accidente de trabajo.

¹³¹⁰ En el mismo sentido, Sentencia del Tribunal de 14 de julio 2009 (recurso núm. 3576/2008) la aplicación del baremo es optativa para el juez, que puede aplicarlo o no, el baremo tiene un carácter orientador no vinculación en la medida en que los órganos judiciales del orden social podrán apartarse razonadamente de sus criterios, incrementando incluso los niveles de reparación previstos, dada las particularidades de la indemnización adicional de los accidentes de trabajo, que opera en el marco de la responsabilidad por culpa y dentro de las obligaciones de seguridad.

En la Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de febrero 2016 (recurso núm. 3959/2014) se reconoce la indemnización de daños y perjuicios a la viuda y la hija del trabajador, que prestó servicios para una empresa naval desde octubre 1974 por lo que estuvo expuesto al amianto y además era fumador, fallecido a causa de un carcinoma microcítico del pulmón. Se le reconoce por INSS la incapacidad permanente absoluta derivada de enfermedad profesional. El trabajador presenta demanda el 11 de julio 2013 reclamando indemnización de daños y perjuicios derivados de su enfermedad profesional, porque la empresa no adoptó las medidas de seguridad exigibles en la época y esto facilitó, aunque no fue la causa, que inhalara amianto y agravara las dolencias pulmonares, siendo rechazada en instancia y en suplicación, pero fallece el 24 de noviembre 2014 por lo que la viuda y su hija, como sucesoras del mismo se personan en las actuaciones e interpusieron el recurso de casación. El Tribunal Supremo valora los perjuicios padecidos por el trabajador fijando la indemnización como si la hubiera establecido a favor del trabajador si no hubiera fallecido, porque se cuantifica el crédito que correspondería al mismo, sin perjuicio que se transmita a sus herederos, planteándose, además, si no debería reducir la cantidad de indemnización debido al pronto fallecimiento del trabajador, resolviendo que la cuantía ya estaba fijada antes del fallecimiento del causante, porque la había reclamado en vía judicial y en el ejercicio de derechos que forman parte de su patrimonio y la transmisión a sus herederos. Porque la jurisprudencia ha establecido, como expresa LOPEZ GARCIA DE LA SERRANA¹³¹¹, que en la reparación del daño se debe alcanzar el objetivo de que se produzca la compensación íntegra del mismo, con la finalidad de proporcionar al perjudicado la plena indemnidad por el acto dañoso.

¹³¹¹ LOPEZ GARCIA DE LA SERRANA, J: “¿Qué hay del nuevo baremo? Indemnización de daños y perjuicios por enfermedad profesional: comentario a la Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de marzo 2016 recurso núm. 3959/2014”, en Revista de Trabajo y Seguridad Social (RTSS.CEF), núm. 411-2017. págs. 141-146.

Por otra parte, la Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de julio 2018 (recurso núm. 1064/2017) también reconoce la legitimidad de los herederos de la viuda del trabajador fallecido por cáncer de pulmón en 1977, su viuda que era beneficiaria de la pensión de viudedad derivada de enfermedad común solicitó en 2011 la revisión de la contingencia acordándose por vía administrativa su desestimación, y también fue desestimada por la sentencia de instancia pero en recurso de suplicación, en fecha 13 de mayo 2014 se declaró el origen profesional de la contingencia, con posterioridad al fallecimiento de la viuda, y la reclamación por daños y perjuicios se inició por el hijo y la nieta de la viuda, reconociéndoles la legitimidad de los herederos de la viuda del trabajador fallecido para reclamar la indemnización de daños y perjuicios porque le suceden en las acciones que tenía para reclamarlos. Además, establece que “las reglas del baremo son orientadoras en cuanto a los conceptos computables con independencia de la fecha del siniestro y de la cuantía de la indemnización debe hacerse con acuerdo al incremento del índice de precios al consumo desde la fecha del siniestro, porque es al tiempo de reconocer la procedencia de la indemnización cuando debe fijarse el importe de la misma para el resarcimiento integro, pues en otro caso se pagaría con moneda devaluada.”

Las reglas del baremo son de complicada aplicación para las enfermedades profesionales, porque las reglas del baremo están pensadas para los supuestos de accidente¹³¹².

¹³¹² Vid: FUSTER MARTIN, R.: *Criterios de valoración de las secuelas en los accidentados*. Pamplona 2019. Editorial Aranzadi; GONZALEZ GONZALEZ, C.: “Incidencia del nuevo baremo de tráfico en la fijación de la indemnización por la responsabilidad empresarial derivada de accidente de trabajo”, en *Revista Aranzadi Doctrinal* núm. 2-2016. BIB 2016/207.

10.4.2.1. Cuantificación de incapacidades temporales.

Hay un problema específico que pueden plantear las indemnizaciones establecidas en el baremo en las situaciones de incapacidad temporal, como expresa ALFONSO MELLADO¹³¹³, porque se pueden dar compensaciones distintas en función de la situación, diferenciando entre estancia hospitalaria y situaciones sin estancia hospitalaria, y en las que a su vez se distingue entre días de baja impeditiva, cuando existe incapacidad para desempeñar la ocupación habitual, y días de baja no impeditiva, a lo que habría que añadir un factor de corrección en atención a los perjuicios económicos. La Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de junio 2014 (recurso núm. 1257/2013) entiende que la cantidad establecida en el baremo puede aplicarse en su totalidad a los daños morales derivados de la situación de incapacidad temporal, entendiéndose el lucro cesante compensado por el reconocimiento adicional de la diferencia entre la prestación de incapacidad temporal y el 100% del salario que debiera cobrar el trabajador, sin que proceda aplicar el factor corrector por perjuicios económicos.

10.4.2.2. La prescripción de la responsabilidad en la enfermedad profesional.

La norma general es que en materia de seguridad y salud laboral las acciones de daños y perjuicios prescriben al año según artículo 1968.2 del Código Civil. Pero, como establece NAVAS-PAREJO ALONSO¹³¹⁴, se vienen diferenciando entre los supuestos en que el accionante es la víctima, el cómputo de la prescripción se inicia en el momento que tiene conocimiento de la enfermedad y sus secuelas, considerándose que el inicio del cómputo es desde la firmeza de la declaración de incapacidad que corresponda; en cambio,

¹³¹³ ALFONSO MELLADO, C.L.: "Indemnizaciones derivadas de responsabilidad empresarial por accidente de trabajo. Problemas esenciales" en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág. 209.

¹³¹⁴ NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: "Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social", en *Enfermedades profesionales*. ob. cit. pág. 372.

si quien inicia el procedimiento, es el perjudicado el inicio de la prescripción sería a partir del momento que fallece la víctima, o del informe médico que determinará la causa de la muerte, o de la declaración de incapacidad permanente dependiendo del momento en que se sepan definitivamente las consecuencias de la enfermedad¹³¹⁵.

En la Sentencia del Tribunal supremo de 21 de noviembre 2019 (recurso núm. 1834/2019), se examina si el plazo de prescripción para reclamar daños y perjuicios derivados de un accidente laboral se ve afectado por las reclamaciones en materia de recargo de prestaciones que realiza la empresa. En este caso, es la empresa la que acciona y no el trabajador, porque éste ha permanecido durante más de un año sin haber desarrollado actuación alguna en conseguir algún tipo de reparación de las secuelas derivadas del accidente de trabajo.

La resolución judicial que desestima la demanda empresarial contra la decisión administrativa que impone el recargo de prestaciones a la empresa, no es hábil para incidir sobre el plazo de prescripción de la acción por daños y perjuicios que asiste al trabajador, porque el trabajador debió ejercer la acción de reclamación de daños y perjuicios a partir de la firmeza de la resolución administrativa que declaraba la contingencia y sus consecuencias a efectos de la prestación correspondiente. Por tanto, la actuación empresarial, interponer demanda contra reconocimiento de recargo de prestaciones, no interrumpe el plazo de prescripción de un año para reclamar daños y perjuicios que tiene el trabajador.

¹³¹⁵ Vid: MERCADER UGUINA, J.R.: “La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, veinte años después”, en *Revista de Información Laboral*, ob. cit. BIB 2015/4321.

10.5. Unificación en la Jurisdicción Social.

Uno de los principales objetivos de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012 estableció, en el objetivo 3.7 “reforzar la seguridad jurídica y favorecer una mayor implicación de los empresarios en el cumplimiento de sus obligaciones preventivas, se analizara, previa la realización de los informes oportunos, del Consejo General del Poder Judicial, de la Fiscalía General del Estado, los problemas derivados de la concurrencia en relación con la prevención de riesgos laborales de los cuatro órdenes jurisdiccionales: civil, penal, contencioso-administrativo y social”, y, como expresa ALEGRE NUENO¹³¹⁶, cumplir con este objetivo es una de las razones que justificaron la promulgación de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, Reguladora de la Jurisdicción Social, (en adelante LRJS). Y en este sentido se confirma de la lectura del Preámbulo, donde se manifiesta que una de las principales finalidades de la nueva norma procesal es “dotar a los órganos judiciales de instrumentos que agilicen los procesos de resolución de controversias, eviten abusos equilibrando la protección y la tutela de los distintos intereses en conflicto, protejan mejor a los trabajadores frente a los accidentes laborales y proporcionen mayor seguridad jurídica al mercado laboral”. Para obtener estos objetivos la LRJS ha introducido importantes novedades en el proceso laboral.

A partir de la Ley 36/2011, el orden social es el orden natural, como expresa ALFONSO MELLADO¹³¹⁷, para resolver todas las cuestiones derivadas de accidente de trabajo y la enfermedad profesional, por cuanto, no entiende únicamente de las reclamaciones indemnizatorias, incluso de los

¹³¹⁶ ALEGRE NUENO, M.: “La contribución de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social a la tutela judicial del Derecho de la Seguridad y Salud en el trabajo”, en *Análisis práctico de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit. pág. 613.

¹³¹⁷ ALFONSO MELLADO, C.L.: “Indemnizaciones derivadas de responsabilidad empresarial por accidente de trabajo. Problemas esenciales” en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit., pág.177.

empleados públicos, funcionarios o sujetos a relaciones de naturaleza administrativa, o trabajador autónomo económicamente dependiente, según artículo 2 d) y e) de LRJS. Además, conoce de todas las cuestiones relativas a las prestaciones de la Seguridad Social, artículo 2 o) de LRJS, y de las reclamaciones y recursos contra actuaciones sancionadoras derivadas de las actas de la Inspección de Trabajo en la materia, artículo 2 n) LRJS, que como expresa IGARTUA MIRO¹³¹⁸, se prevé una modalidad procesal específica en los artículo 151 y 152 LRJS. Por su parte, el artículo 4 LRJS también reconoce al orden social la competencia para resolver, a los efectos del litigio laboral, cualquier cuestión previa o prejudicial no atribuida a dicho orden pero que resulte necesaria para la solución de aquél, menos las derivadas de falsedad documental en los términos previstos en el precepto legal.

Únicamente, dos cuestiones quedan fuera de la competencia del orden social, como expresa ALFONSO MELLADO¹³¹⁹; la primera se encuentra en el artículo 3.b) LRJS que excluye de la competencia social las acciones que en esta materia se susciten entre el empresario y los obligados a coordinar con él las actividades obligatorias preventivas, y entre cualquiera de ellos y las entidades que han asumido la obligación de organizar los servicios de prevención, serían los procesos entre empresas que se cuestiona la responsabilidad que cada uno de ellas haya podido tener en los daños generados, y por tanto la parte de indemnización debe asumir, son esencialmente acciones de retorno y reparto que ejercita el empresario que haya efectuado el pago de dicha indemnización.

¹³¹⁸IGARTUA MIRO, M.T.: “Carga de la prueba en responsabilidad por accidente de trabajo y enfermedad profesional y tutela de la seguridad y salud en el trabajo en España”, en *Revista Internacional y comparada de relaciones laborales y derecho del empleo*, ob. cit., pág. 5.

¹³¹⁹ALFONSO MELLADO, C.L.: “Indemnizaciones derivadas de responsabilidad empresarial por accidente de trabajo. Problemas esenciales” en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág.177.

La segunda excepción es la referida al orden penal, como expresa ALFONSO MELLADO¹³²⁰; en el caso de que el accidente de trabajo o la enfermedad profesional hayan ocasionado actuaciones penales, el órgano penal que resuelve también es competente para establecer la responsabilidad indemnizatoria por los daños derivados de la conducta penalmente destacada, sería el orden penal el que estableciera la indemnización procedente, y no será necesario acudir al orden social a menos que el perjudicado se reservase las acciones o que el orden penal no determinara la reparación.

No obstante, la valoración positiva de la LRJS de 2011, para IGARTUA MIRO¹³²¹, en cuanto que termina con la andanza judicial, pero no finaliza con la existencia de reclamaciones que se resuelven en procedimientos divergentes y puede también que ante jurisdicciones también diferentes, y aunque puede parecer una conclusión diversa, sigue siendo extremadamente difícil la acumulación en una sola todas las reclamaciones. La nueva LRJS debiera haber introducido mecanismos para simplificar, agilizar algunos problemas para proceder a compensar al trabajador por los daños y perjuicios causados por accidente de trabajo y por enfermedad profesional y que pudiera enjuiciarse en su totalidad en un único procedimiento.

10.6. Compatibilidad de responsabilidades: principio “non bis in ídem”.

En materia de prevención de riesgos laborales suele ocurrir que den

¹³²⁰ ALFONSO MELLADO, C.L.: “Indemnizaciones derivadas de responsabilidad empresarial por accidente de trabajo. Problemas esenciales” en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*, ob. cit. pág.177.

¹³²¹ IGARTUA MIRO, M.T.: “Carga de la prueba en responsabilidad por accidente de trabajo y enfermedad profesional y tutela de la seguridad y salud en el trabajo en España”, en *Revista Internacional y comparada de relaciones laborales y derecho del empleo*. volumen 2, núm. 2-2014. Pág. 6

lugar, como expresa ORIVE SANCHEZ¹³²², a la apertura de procedimientos sancionadores, bien en el ámbito administrativo, o de manera simultánea en el ámbito administrativo y penal, o en el caso menos habitual en el exclusivo penal.

Las responsabilidades administrativas que deriven del procedimiento sancionador, como describe BLASCO LAHOZ¹³²³, serán compatibles con las indemnizaciones por daños y perjuicios causados y de recargo de prestaciones económicas del sistema público de la Seguridad Social que pueden ser fijados por el órgano competente de conformidad con lo previsto en la normativa reguladora. Pero, no podrán ser sancionados los hechos que ya lo han sido penal o administrativamente, cuando se aprecie identidad de sujeto, hecho y fundamento, como lo establece el artículo 7.4 del RD 928/98¹³²⁴, sin perjuicio de proceder a la liquidación de cuotas a la Seguridad Social y demás conceptos de recaudación conjunta, o de exigir el reintegro de ayudas, bonificaciones o reducciones de las prestaciones por desempleo que se hayan percibido de manera indebida.

Cuando se inicien varios procedimientos basándose en un mismo incumplimiento, bien en el ámbito administrativo, o bien de manera simultánea o sucesiva, en el ámbito administrativo o penal, como expresa ORIVE SANCHEZ¹³²⁵, podría provocar la afectación del principio “non bis in ídem”¹³²⁶

¹³²² ORIVE SANCHEZ, V.: “La aplicación práctica del principio “non bis in ídem” en materia de prevención de riesgos laborales”, en *Análisis práctico de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit., pág. 613.

¹³²³ BLASCO LAHOZ, J.F.: “Responsabilidades y sanciones en materia de Prevención de Riesgos Laborales” en *Curso de prevención de riesgos laborales*, ob. cit., pág. 275.

¹³²⁴ RD 928/1998 de 14 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General sobre Procedimientos para la imposición de las Sanciones por Infracciones de Orden Social y para los expedientes liquidatarios de Cuotas de la Seguridad Social.

¹³²⁵ ORIVE SANCHEZ, V.: “La aplicación práctica del principio “non bis in ídem” en materia de prevención de riesgos laborales”, en *Análisis práctico de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*. ob. cit. pág. 618.

¹³²⁶ ORIVE SANCHEZ, V.: “La aplicación práctica del principio “non bis in ídem” en materia de prevención de riesgos laborales”, en *Análisis práctico de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*. ob. cit. págs.

cuando se aprecie identidad de sujeto, hecho y fundamento, por cuanto podría provocar una pluralidad de sanciones administrativas, o una sanción administrativa y otra penal, lo que conllevaría el prohibido resultado de la duplicidad de sanciones.

Por tanto, cuando se produzca concurrencia entre responsabilidad administrativa y penal, como describe BLASCO LAHOZ¹³²⁷, deberán de seguirse las siguientes normas:

1).- La Administración laboral comunicará el tanto de culpa al órgano judicial o a Ministerio Fiscal o el inicio de actuaciones por parte de éstos, sin que ello impida el cumplimiento inmediato de las medidas adoptadas para proteger la seguridad y salud en caso de riesgo inminente, y se abstendrá de seguir el procedimiento sancionador de carácter administrativo hasta que el Ministerio Fiscal resuelva no interponer acción, o hasta la resolución del procedimiento penal por sentencia firme o auto de sobreseimiento dictado por la autoridad judicial, artículo 3.4 LISOS y artículo 5 del RD 928/1998.

El Ministerio Fiscal, según el artículo 54.3 LISOS, tiene la obligación de notificar en todo caso, a la autoridad laboral y a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social la existencia de un procedimiento penal sobre hechos que pueden resultar constitutivos de infracción, y esta notificación producirá la paralización del procedimiento hasta el momento que el Ministerio Fiscal notifique a la autoridad laboral la firmeza de la sentencia o el auto de sobreseimiento dictado por la autoridad judicial.

614-615: Principio que ha sido considerado por el Tribunal Constitucional como derecho fundamental, prueba de ello es que si se vulnera se puede recurrir al amparo constitucional. Se puede considerar integrado en el derecho a la legalidad y tipicidad de las infracciones, reconocido en el artículo 25.1 Constitución Española.

¹³²⁷ BLASCO LAHOZ, J.F.: "Responsabilidades y sanciones en materia de Prevención de Riesgos Laborales" en *Curso de prevención de riesgos laborales*, ob. cit., pág. 275.

2).- En el caso de no apreciarse la existencia de delito, la Administración laboral continuará el expediente sancionador en base a los hechos que los Tribunales hayan considerado probados, de conformidad con el artículo 3.3 LISOS y el artículo 5 RD 928/98.

Pero la aplicación del principio “non bis in idem” presenta algunas dificultades, como expresa ORIVE SANCHEZ¹³²⁸, aparte de la ausencia de la regulación en la Constitución Española suplida por doctrina constitucional, las vías de comunicación entre la jurisdicción penal y la administrativa no son las más idóneas, y puede generar que se tramiten procedimientos simultáneos, penal y administrativo sancionador, que versen sobre los mismos hechos, sujeto y fundamento, si bien algunas administraciones han adoptado medidas de actuación interna recomendando la suspensión del procedimiento administrativo sancionador cuando se tenga conocimiento del inicio de procedimiento penal sobre los mismo hechos, aunque no se aprecie de manera estricta la identidad del sujeto exigida, porque en todo caso la Administración se encontrará vinculada por los hechos que declare probados el procedimiento penal. En relación a la identidad de sujetos se viene exigiendo identidad absoluta, pero qué ocurre cuando el sujeto del procedimiento administrativo sancionador es una persona jurídica la que se sanciona como sujeto responsable y en el procedimiento penal se sanciona al administrador representante legal, no habrá identidad de sujetos, no se producirá identidad de sujetos, por lo que una solución sería la armonización de las normas sancionadoras, de modo que se redujeran los casos en los que se puede llegar a situaciones de duplicidad de sanciones.

¹³²⁸ ORIVE SANCHEZ, V.: “La aplicación práctica del principio “non bis in idem” en materia de prevención de riesgos laborales”, en *Análisis práctico de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*. ob. cit. pág. 637.

Por lo expuesto, la responsabilidad penal y administrativa son incompatibles, pero, como establece BALLESTER PASTOR¹³²⁹, el recargo de prestaciones es compatible con las responsabilidades de todo orden, incluso penal, por los mismos hechos, según artículo 164.2 LGSS, y todas las responsabilidades son compatibles con la responsabilidad civil, artículo 43 LPRL.

10.7. Responsabilidad disciplinaria.

Por otra parte, también cabe la posibilidad de que el empresario pueda sancionar las faltas del trabajador en materia de seguridad y salud laboral, como expresa BLASCO LAHOZ¹³³⁰, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29.3 LPRL, donde establece que el incumplimiento por los trabajadores de las obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales tendrá la consideración de incumplimiento laboral con los efectos que prevé el artículo 58.1 del Estatuto de los Trabajadores, de acuerdo con la graduación de faltas y sanciones que se establezcan en las disposiciones legales o en la negociación colectiva.

¹³²⁹ BALLESTER PASTOR, M.A.: “Derecho a la no discriminación y otros derechos del trabajador” en *Derecho del Trabajo*, ob. cit. pág. 398.

¹³³⁰ BLASCO LAHOZ, J.F.: “Responsabilidades y sanciones en materia de Prevención de Riesgos Laborales” en *Curso de prevención de riesgos laborales*, ob. cit. pág. 283.

CAPITULO XI

LA ENFERMEDAD PROFESIONAL Y LA NEGOCIACION COLECTIVA

La negociación colectiva tiene en España una importancia considerable para ordenar las relaciones de trabajo, como expresa GIMENO DÍAZ DE ATAURI¹³³¹, en virtud de la eficacia general que le otorga el legislador, consecuencia del acuerdo entre representantes de trabajadores y empresarios, porque la negociación colectiva es el instrumento central donde se fijan las condiciones de trabajo en nuestro sistema de relaciones laborales, la política salarial, la jornada laboral, además la negociación colectiva muestra un interés en la protección social complementaria, se va produciendo un aumento continuo en los últimos años, se incluyen disposiciones en los convenios en la regulación de los complementos a la prestación tanto de la enfermedad común como en la enfermedad profesional.

La empresa necesita de determinados instrumentos para conseguir sus objetivos, como expresa AGUILAR MARTIN¹³³², y unos de estos instrumentos puede ser la negociación colectiva, porque es la vía de interlocución por la que el empresario se comunice con los trabajadores de manera que pueda conocer sus necesidades.

De conformidad con la exposición de motivos de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, como expresa BLASCO

¹³³¹ GIMENO DÍAZ DE ATAURI, P: "La negociación colectiva en la crisis. Cuánto y sobre que se negocia", en *Revista de Información Laboral* núm. 2-2015. BIB 2015/584. Vid. GARATE CASTRO, J.: *Lectura sobre el derecho a la negociación colectiva laboral*. Ediciones Cinca. 2019

¹³³² AGUILAR MARTIN, M.C.: "El papel de la negociación colectiva en materia de seguridad y salud laboral. una visión más amplia de la prevención", en *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del empleo*, volumen 5, núm. 3 de 2017, págs. 247-263.

JOVER¹³³³, las normas que contiene la misma funcionan como referencia legal mínima para la negociación colectiva, estableciendo en el artículo 2.2 que “las disposiciones de carácter laboral contenidas en esta Ley y en sus normas reglamentarias tendrán en todo caso el carácter de derecho necesario mínimo indisponible, pudiendo ser mejoradas y desarrolladas en los convenios colectivos”.

La negociación colectiva es una institución política y económica, como expresa AGUILAR MARTIN¹³³⁴, cuya finalidad es reglamentar y ordenar el mercado de trabajo, garantizar la llamada paz social y regular las relaciones entre las organizaciones de conflicto, por lo que su misión es esencial. El convenio colectivo es un marco privilegiado para gestionar de manera flexible, participando las partes implicadas en la relación laboral.

La negociación colectiva de las enfermedades profesionales, como expresa GOMEZ GORDILLO¹³³⁵, no tiene que someterse a normas especiales, por tanto deberá ajustarse al marco jurídico establecido en los artículos 82.2, 82.3 y 85 del Estatuto de los Trabajadores. En materia de negociación colectiva se deja gran libertad a las partes negociadoras, por lo que en el ejercicio de la autonomía colectiva, están facultadas para regular el régimen jurídico aplicable a las lesiones que se produzcan al derecho a la salud que se puedan calificar como enfermedades profesionales. En las cláusulas que se regulen materia sobre las enfermedades profesionales, desde el punto de vista constitucional, serán de aplicación los siguientes artículos de la Constitución Española: el 37.1 en cuanto al contenido lícito de la negociación colectiva laboral, el 40.2

¹³³³ BLASCO JOVER, C.: “La prevención de riesgos laborales en la negociación colectiva estatal”, en *Análisis práctico de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit. pág. 59.

¹³³⁴ AGUILAR MARTIN, M.C.: “El papel de la negociación colectiva en materia de seguridad y salud laboral. una visión más amplia de la prevención”, en *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del empleo*, ob. cit., págs. 247-263.

¹³³⁵ GOMEZ GORDILLO, R.: “El tratamiento de las enfermedades profesionales en la negociación colectiva”, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 443.

en relación a la materia que afecte a la prevención de riesgos laborales y, el 41 en cuanto a las prestaciones complementarias de la seguridad social. No hay una regulación específica sobre la negociación colectiva y las enfermedades profesionales, por lo que no hay ningún inconveniente para que algunos aspectos en esta materia sean tratados normativamente de manera singular.

11.1. Negociación colectiva, enfermedad profesional y cláusulas de contenido económico.

Las cláusulas de contenido económico suelen ser las más habituales que se establecen en nuestro país en la negociación colectiva en materia de enfermedad profesional, como expresa GOMEZ GORDILLO¹³³⁶, siendo la finalidad regular o establecer fórmulas o instrumentos para mejorar económicamente la protección que ofrece el Sistema de Seguridad Social para esta contingencia. Se suelen establecer mejoras voluntarias en la cuantía de la prestación económica de incapacidad temporal¹³³⁷, y en parecidas condiciones se actúa cuando la situación de incapacidad para trabajar se convierte en permanente¹³³⁸, o para el supuesto de que el trabajador falleciera¹³³⁹. En

¹³³⁶ GOMEZ GORDILLO, R.: “El tratamiento de las enfermedades profesionales en la negociación colectiva”, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 448.

¹³³⁷ En el convenio colectivo de la Sanidad Privada de la providencia de Valencia, BOP de 14 de noviembre 2014, en el artículo 33.2, en el caso de las prestaciones que deriven de contingencias profesionales la empresa complementara el 100% del salario del mes anterior a la fecha de la baja desde el primer día. En el mismo sentido, también se expresa el convenio colectivo de Sintax Logística S.A. en el artículo 39.3, BOE 26 de enero 2019, en caso de baja por enfermedad sin hospitalización, la primera baja del año natural se cobrara al 100% del salario real desde el primer día, con el tope máximo de la base de cotización de contingencias profesionales, y el artículo 39.4 manifiesta que a estos efectos, el salario real estar constituido por la totalidad de las percepciones salariales en jornada ordinaria, obtenidas por el trabajador en los doce meses anteriores a la fecha en que se hubiera producido el hecho causante.

¹³³⁸ El convenio colectivo de Banca, BOE 15 de junio 2016, en el artículo 42.1 establece que las empresas satisfarán a los trabajadores o las trabajadoras que queden en situación de incapacidad permanente total para su profesión habitual o incapacidad permanente absoluta para toda profesión, a partir de la fecha que se declare, una cantidad tal que, sumada a la pensión percibida de la Seguridad Social, le

algunos casos, existe la práctica de que los trabajadores correspondan en la financiación de la mejora voluntaria, por medio de aportar, de manera periódica, determinadas cantidades, como expresa GOMEZ GORDILLO¹³⁴⁰, aunque en la mayoría de los costes de la mejora es por cuenta de la empresa.

11.2. Negociación colectiva, enfermedad profesional y prevención de riesgos laborales.

En la actualidad todavía siguen muriendo personas y otras enferman debido a causas relacionadas con el trabajo, porque, como ya se ha mencionado, las condiciones de trabajo cambian de manera rápida, aparecen nuevas tecnologías, nuevas formas de producir, cambios en el tiempo de trabajo, como expresa AGUILAR MARTIN¹³⁴¹, todo ello supone que aparecen nuevos riesgos emergentes, riesgos que no han sido contemplados en la materia de prevención de riesgos laborales, pero no obstante en cualquier momento éstos últimos pueden dañar la salud del trabajador. Por este motivo, la negociación colectiva es importante porque puede suponer un importante instrumento para adaptar y permitir que adecue la estructura de la empresa con la finalidad de proteger la seguridad y salud de los trabajadores.

Toda la materia regulada en la LPRL y en los reglamentos de desarrollo que se refiera a las obligaciones de empresarios y trabajadores en relación a la

suponga una percepción total anual igual al 100% de la que corresponda por las percepciones establecidas en el Convenio Colectivo, como si estuviera en activo.

¹³³⁹ El convenio colectivo de Banca, BOE 15 de junio 2016, en el artículo 46 la empresa concederá a los viudos/as y/o huérfanos/as del personal fallecido como consecuencia de las lesiones sufridas estando en acto de servicio, la cantidad que por todos los conceptos retributivos establecidos en el convenio que percibiera el trabajador en el momento del fallecimiento, excepto el cuarto de paga de productividad

¹³⁴⁰ GOMEZ GORDILLO, R.: "El tratamiento de las enfermedades profesionales en la negociación colectiva", en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 461.

¹³⁴¹ AGUILAR MARTIN, M.C.: "El papel de la negociación colectiva en materia de seguridad y salud laboral. una visión más amplia de la prevención", en *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del empleo*, ob. cit., págs. 247-263.

seguridad y salud puede ser objeto de negociación colectiva, como expresa AGUILAR MARTIN¹³⁴², siempre que se respeten los mínimos legales y reglamentarios. Estos mínimos podrán ser mejorados en beneficio de los trabajadores. Así, con el fin de mejorar puede ser negociado los derechos y obligaciones de los empresarios y los trabajadores, los sistemas de prevención y la consulta y participación de los trabajadores, no todas las normas tienen el mismo tratamiento, algunas presentan un carácter mínimo, ejercen un papel de derecho mínimo necesario, que podrán ser mejorado por convenio colectivo, en cambio hay artículos de la LPRL que pueden ser negociado con total y absoluta libertad por las partes porque tienen el carácter de normas de derecho dispositivo, por lo que solo se aplicaran en defecto de pacto colectivo, como es el caso de los sistemas de designación o de la creación de órganos específicos –delegados territoriales o sectoriales. Pero no todo puede ser objeto de negociación colectiva, así no podrá ser objeto de regulación por esta vía todo lo relativo a las instituciones públicas, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, la Inspección de Trabajo, ni tampoco el régimen de responsabilidades y sanciones administrativas, penales, de recargo de prestaciones y civiles por incumplimiento de normas preventivas.

Entre las medidas más frecuentes reguladas en la negociación colectiva en la función preventiva de las enfermedades profesionales, como expresa GOMEZ GORDILLO¹³⁴³, se encuentran las relacionadas con los reconocimientos médicos, teniendo como punto de partida la previsión establecida en el artículo 22 de la LPRL, según el mismo la empleadora está obligada a vigilar de manera periódica la salud de los trabajadores, por medio de la realización de exámenes médicos, que están sometidos de manera general a la

¹³⁴² AGUILAR MARTIN, M.C.: “El papel de la negociación colectiva en materia de seguridad y salud laboral. una visión más amplia de la prevención”, en *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del empleo*, ob. cit., págs. 247-263.

¹³⁴³ GOMEZ GORDILLO, R.: “El tratamiento de las enfermedades profesionales en la negociación colectiva”, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 465.

voluntariedad, siendo la obligatoriedad la excepción en tres supuestos: 1) cuando sean imprescindibles para evaluar los efectos sobre la salud del trabajador, 2) cuando la salud del trabajador suponga un riesgo para él o para sus compañeros o para terceros, 3) cuando lo disponga la Ley.

Si bien la negociación ha recogido de forma generalizada los derechos y obligaciones establecidos en la normativa preventiva, pero no siempre con el espíritu que se pretendía en el artículo 22 de la LPRL. Los distintos reconocimientos médicos que prevén los convenios colectivos se podrían clasificar en generales, específicos y de ingreso. Aunque en la gran mayoría de los supuestos se recuerdan las garantías establecidas en la norma preventiva¹³⁴⁴, también se pueden observar algunos elementos que abandonan el espíritu preventivo y convierten el reconocimiento médico en un instrumento de selección de personal, pero también en algunos se pueden contemplar elementos que pueden utilizarse para abandonar el espíritu preventivo de la norma, por lo que el reconocimiento médico serviría de mecanismo de selección de personal, como expresa GOMEZ GORDILLO¹³⁴⁵, resultan considerables los casos en los que la actividad de la vigilancia de la salud puede suponer un impedimento de entrada al trabajo, porque se somete a todos los trabajadores de la empresa a un reconocimiento médico con carácter previo, sin determinar el tipo de examen, ni el tratamiento que se proporcionara al resultado del informe y, tampoco determina si el resultado repercutirá o no

¹³⁴⁴ En el convenio colectivo general de la industria química, suscrito el de 5 julio 2018, en el artículo 70.7.1 en la vigilancia de la salud la empresa garantizara a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo, en los términos previstos en el artículo 22 de la LPRL, y el artículo 70.7.1 párrafo segundo establece que la vigilancia sólo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador preste su consentimiento, del carácter previo sólo se exceptuarán, previo informe de los representantes de los trabajadores, los supuestos a los que se refiere el artículo 22 LPRL.

¹³⁴⁵ GOMEZ GORDILLO, R.: "El tratamiento de las enfermedades profesionales en la negociación colectiva", en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit., pág. 466.

en la contratación del trabajador¹³⁴⁶.

No obstante, los trabajadores tienen el deber de cooperar con el empresario para que éste pueda garantizar las condiciones de trabajo seguras, como expresa AGUILAR MARTIN¹³⁴⁷, y no supongan ningún riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores, por este motivo si hay algunos convenios que han regulado las posibles sanciones para el supuesto de que el trabajador se niegue a colaborar con el empresario, y no se realice el reconocimiento médico.

También es de destacar que hay convenios colectivos que prevén disposiciones por las que se ofrece a los trabajadores, como expresa BLASCO JOVER¹³⁴⁸, la posibilidad de realizarse, además del examen obligatorio, pruebas complementarias, como pueden ser pruebas ginecológicas o urológicas, de conformidad con los protocolos médicos establecidos por el servicio de prevención¹³⁴⁹.

Por otra parte, podemos encontrar convenios colectivos donde las obligaciones de vigilancia de la salud son meros formalismos, como expresa GOMEZ GORDILLO¹³⁵⁰, sin más consecuencias¹³⁵¹.

¹³⁴⁶ El artículo 6.4.1 del convenio colectivo de las artes graficas, manipulados de papel, manipulados de cartón, editoriales e industrias auxiliares 2019-2020, establece “la admisión del personal se realizará de acuerdo con las disposiciones vigentes en materia de colocación, debiendo someterse a los aspirantes a reconocimiento médico y demás formalidades exigibles”.

¹³⁴⁷ AGUILAR MARTIN, M.C.: “El papel de la negociación colectiva en materia de seguridad y salud laboral. una visión más amplia de la prevención”, en *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del empleo*, ob. cit., págs. 247-263.

¹³⁴⁸ BLASCO JOVER, C.: “La prevención de riesgos laborales en la negociación colectiva estatal”, en *Análisis práctico de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*, ob. cit., pág. 65.

¹³⁴⁹ Convenio colectivo de centro Farmacéutico, en el artículo 27, “ en el marco de programas de promoción de la salud, la empresa pondrá a disposición de aquellos trabajadores que lo deseen y así lo manifiesten expresamente, pruebas encaminadas a la detección precoz de problemas de salud, entre otras la prevención de las siguientes enfermedades: PSA: hombres mayores de 45 años (detección precoz de cáncer de próstata); sangre oculta de heces: detección precoz de cáncer de colon; ECG: prevención del riesgo cardiovascular. El carácter de dichas pruebas será voluntario.

¹³⁵⁰ GOMEZ GORDILLO, R.: “El tratamiento de las enfermedades profesionales en la negociación colectiva”, en *Las enfermedades profesionales*. ob. cit., pág. 466.

En otros casos, algunas empresas han comenzado a aportar a los trabajadores algo más que lo rigurosamente necesario, como expresa AGUILAR MARTIN¹³⁵², y van más allá del concepto de salud, tanto física como mental, intentando promover, de verdad, la salud del trabajador, ofreciendo servicios médicos, soporte financiero, deporte, flexibilidad horaria, en resumen proponen al trabajador la posibilidad de tener un estilo de vida saludable¹³⁵³.

Por otra parte, incluido en la promoción de la salud algunas empresas se comprometen a realizar reconocimientos médicos adecuados a las particularidades del trabajo nocturno, dando ayudas y facilidades para la formación continua y formación en prevención sobre la repercusión que tiene sobre la salud el trabajo nocturno¹³⁵⁴.

Así mismo, con la finalidad de mejorar el clima laboral, con la finalidad de que los trabajadores puedan ejercer mejor su trabajo, hay una medida que suelen introducir algunos convenios, consiste en la posibilidad de ofrecer al trabajador el asesoramiento confidencial y profesional para colaborar a resolver sus problemas personales y profesionales y, como expresa AGUILAR MARTIN¹³⁵⁵, de esta manera la empresa obtiene mejorar el control de los

¹³⁵¹ Es el caso del convenio colectivo de la enseñanza concertada.

¹³⁵² AGUILAR MARTIN, M.C.: “El papel de la negociación colectiva en materia de seguridad y salud laboral. una visión más amplia de la prevención”, en *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del empleo*, volumen 5, núm. 3 de 2017, págs. 247-263.

¹³⁵³ En el artículo 76 del convenio colectivo de BP Oil España, BOE 6 de febrero 2018 establece: Con independencia de lo dispuesto en el párrafo anterior, la Empresa, con la colaboración en su caso de los Comités a que se hace referencia en el artículo siguiente, emitirá políticas, manuales y procedimientos de salud, seguridad y medio ambiente en el trabajo, con el objeto de ampliar y acomodar las normas vigentes sobre la materia, y ofrecer las mejores condiciones a sus trabajadores”.

¹³⁵⁴ Convenio colectivo de Mahou, BOE 11 de mayo 2018.

¹³⁵⁵ AGUILAR MARTIN, M.C.: “El papel de la negociación colectiva en materia de seguridad y salud laboral. una visión más amplia de la prevención”, en *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del empleo*, ob. cit., págs. 247-263.

riesgos psicosociales, junto a una intervención profesional sobre los mismos¹³⁵⁶.

A pesar de que la participación de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales, como expresa GOMEZ GORDILLO¹³⁵⁷, resulta importante para implementar las políticas de prevención de riesgos en la empresa, no se ve un avance considerable en la negociación colectiva, a pesar del amplio reconocimiento normativo de los representantes correspondientes, los compromisos convencionales se limitan a realizar estudios de elaboración y seguimiento de las enfermedades profesionales, incluyendo en algunas ocasiones estudios sobre enfermedades psicosociales¹³⁵⁸. No se ha avanzado mucho en la negociación colectiva, la representación, tanto unitaria como sindical, se limita a realizar funciones de información, hay una ausencia de compromisos empresariales o de acuerdos de reconocimiento de facultades más determinantes de los representantes de los trabajadores en relación a las enfermedades profesionales, aunque pueda suceder que la actividad de los órganos específicos de representación en materia de prevención de riesgos de la empresa realicen actividades en esta materia, al margen de lo establecido en los convenios colectivos.

Por otra parte, hay una relación directa entre el grado de implicación de los empresarios y trabajadores y los niveles de seguridad y salud en las

¹³⁵⁶ El XXIII, BOE 15 de junio de 2016, recoge un riesgo psicosocial como es el atraco, el artículo 57.7 establece “el riesgo de atraco en cuanto que se trata de un riesgo laboral presente en nuestras entidades debe ser prevenido, y por tanto incluido en el Plan de Prevención, impartiendo a los trabajadores los oportunos cursos de formación. Especialmente se facilitara, desde el momento en que sufra un atraco, el apoyo y seguimiento médico-psicológico a todas aquellas personas víctimas de atraco”.

¹³⁵⁷ GOMEZ GORDILLO, R.: “El tratamiento de las enfermedades profesionales en la negociación colectiva”, en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 466.

¹³⁵⁸ Convenio colectivo Ford 2019, BOE 26 de julio 2019, en el artículo 141 “El estudio y prevención de las enfermedades psicosociales (estrés, depresión, mobbing)”.

empresas, como expresa AGUILAR MARTIN¹³⁵⁹, cuando más se impliquen mejores condiciones de trabajo, por tanto hay que fortalecer y favorecer el papel de los interlocutores sociales, potenciando el diálogo social y la negociación colectiva, porque es básico para obtener unos lugares de trabajo seguros y saludables.

La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el trabajo 2015-2020 manifiesta la existencia de una relación directa entre el grado de implicación de los empresarios y trabajadores y los niveles de seguridad y salud en las empresas, cuando más se impliquen, mejores condiciones de trabajo, por lo que hay que afianzar el papel de los interlocutores sociales, reforzando el dialogo social y la negociación colectiva, y de este proceder se obtendrán unos lugares de trabajo seguros y saludables¹³⁶⁰.

11.3. Problemas de la negociación colectiva en la enfermedad profesional.

La enfermedad profesional se enfrenta a algunos problemas en materia de negociación colectiva que, como expresa AGUILAR MARTIN¹³⁶¹, se podrían resumir las posibles soluciones en: a) habría que demostrar que la prevención es rentable en la enfermedad profesional; b) señalar que la negociación colectiva puede ser una buena opción para solucionar con rapidez los conflictos; c) evitar la prescripción legal; d) habría que eludir redacciones muy generales; e) evitar la estandarización de la terminología; f) capacitar a las partes negociadoras; g) conceder suficiente tiempo para realizar las tareas

¹³⁵⁹ AGUILAR MARTIN, M.C.: “El papel de la negociación colectiva en materia de seguridad y salud laboral. Una visión más amplia de la prevención”, en *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del empleo*, ob. cit., págs. 247-263.

¹³⁶⁰ Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020, pág. 33.

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/ESTRATEGIA%20SST%2015_20.pdf

¹³⁶¹ AGUILAR MARTIN, M.C.: “El papel de la negociación colectiva en materia de seguridad y salud laboral. Una visión más amplia de la prevención”, en *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del empleo*, ob. cit., págs. 247-263.

relacionadas con la prevención de riesgos laborales; h) potenciar la negociación colectiva para obtener acuerdos donde se promueva la integración de la prevención de riesgos laborales en las empresas y la implicación de empresarios y trabajadores en el cumplimiento responsable de sus obligaciones preventivas¹³⁶².

Por otra parte, en numerosos convenios colectivos, como expresa GOMEZ GORDILLO¹³⁶³, se limitan a proteger las situaciones que derivan de accidentes de trabajo, motivo por el que supone lagunas en la protección a las situaciones que derivan de la enfermedad profesional. Así como también se nota la ausencia de un mayor número de medidas que favorezcan la continuidad de las personas en situación de incapacidad permanente, en concreto de quienes obtengan el grado de total, en la mayoría de los casos se habla de prestación económica, cuando en determinadas ocasiones los intereses de las personas afectadas recibieran mayor protección con un cambio de puesto de trabajo.

Para finalizar, como expresa GOMEZ GORDILLO¹³⁶⁴, los elementos aseguratorios tienen más importancia que los tratamientos novatorios, en nuestro sistema de negociación colectiva se da más importancia a los aspectos económicos sobre otros, que quizá pueden tener igual o mayor importancia, en perjuicio del derecho al trabajo efectivo de las personas que sufren las consecuencias de las enfermedades profesionales, y dejando como última solución la extinción de la relación laboral, siendo las medidas prioritarias la adaptación del puesto de trabajo o la reclasificación profesional. Se debería de hacer un llamamiento a las partes negociadoras para que

¹³⁶² Vid. Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020, págs.74 y ss.

¹³⁶³ GOMEZ GORDILLO, R.: "El tratamiento de las enfermedades profesionales en la negociación colectiva", en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 464.

¹³⁶⁴ GOMEZ GORDILLO, R.: "El tratamiento de las enfermedades profesionales en la negociación colectiva", en *Las enfermedades profesionales*, ob. cit., pág. 469.

realicen los impulsos necesarios para incorporar en los convenios colectivos políticas sobre prevención y tratamiento de las enfermedades profesionales, respetando siempre los derechos de los trabajadores que sufren los efectos de la enfermedad profesional.

CONCLUSIONES

1.- La Exposición de Motivos de la LBSS de 28 de diciembre 1963, establece la consideración conjunta de las contingencias protegidas, prevé que la protección se realizara en términos de efectos no de causas, ateniéndose no al origen de la situación de necesidad, siendo prioritario la atención al infortunio padecido, y no las causas que lo hubieran provocado.

Pero el texto articulado de la LBSS de 21 de abril 1966 no llegó a implantar el principio de consideración conjunta de las contingencias protegidas, el mismo criterio es seguido en la LGSS de 1970, de 30 de mayo, la LGSS de 1994, de 20 de junio y la vigente LGSS de 2015, de 30 de octubre. La subsistencia de este régimen diferenciador, y por tanto privilegiado de las contingencias profesionales, ha llevado a que se intenten atraer supuestos de accidentes comunes y enfermedades comunes a la cobertura de los accidentes de trabajo mediante la aplicación, del amplio margen protector, del artículo 156.3LGSS a las enfermedades de trabajo.

La doctrina se encuentra dividida, se han manifestado en contra de un régimen específico para los riesgos profesionales, porque esto supone un trato preferencial, que resulta lesivo para las víctimas de otro género de riesgos y contrario a los principios de igualdad y de universalidad, pretendiendo la doctrina más reciente que se produzca una uniformidad de riesgos, porque produciría la equiparación de las contingencias, comunes y profesionales, efectos positivos y se eliminaría la elevada conflictividad que existe, eliminándose las tensiones entre el trabajador que solicita la prestación que deriva de contingencia profesional y la entidad gestora.

Por otra parte, se encuentra la doctrina que considera que existen múltiples razones para mantener la división de las contingencias, y conceder unos tipos más favorables a las prestaciones que derivan de las contingencias

profesionales, porque hay razones tanto morales, como jurídicas y sociales, además, el hecho de que el empresario deba asumir determinados pagos por los riesgos de trabajo. Las situaciones de necesidad que no derivan del trabajo es responsable la sociedad en general, mientras que los que derivan de contingencias profesionales puede haber un responsable individual del daño, el empresario, siendo su responsabilidad objetiva por imperativo legal y por tanto, está obligado a reparar el coste de los daños que sufren sus trabajadores derivados del trabajo, porque si se estableciese la consideración conjunta de las contingencias sería responsable la sociedad por los daños generados en el trabajo y supondría la desvinculación de la responsabilidad empresarial.

2.- El Tribunal Supremo ha venido vinculando la enfermedad profesional al accidente de trabajo, los ha identificado desde la Sentencia de 17 de junio 1903 cuando no había definición especial de enfermedad profesional, como cuando con posterioridad la enfermedad profesional ha gozado de una normativa específica así en Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de julio y 21 de diciembre 1983, pero a medida que se han dictado normas en las que se diferenciaba la enfermedad profesional del accidente de trabajo, el Tribunal Supremo ha considerado que la enfermedad profesional es un accidente de trabajo, o una variedad del mismo. Este criterio se venía manteniendo al plantearse la cuestión en relación al establecimiento de mejoras voluntarias de la acción protectora del régimen general de la Seguridad Social, la póliza que la empresa concierta con una compañía aseguradora como mejora voluntaria y que cubría el accidente de trabajo, también debía cubrir el riesgo derivado de la enfermedad profesional, considerando que la enfermedad profesional es esencialmente un accidente de trabajo en Sentencias Tribunal Supremo 25 de enero 1991 (recurso núm. 373/1990), 25 de noviembre 1992 (recurso núm. 2669/1991) .

El Tribunal Supremo ha considerado que conceptualmente podría diferenciarse la enfermedad profesional del accidente de trabajo, como la Sentencia de 24 de enero 1936, porque el legislador ha establecido a las enfermedades profesionales un trato específico y diferenciador del accidente de trabajo, y en resoluciones posteriores el Tribunal Supremo ha seguido el criterio de las nuevas normas al establecer que no hay una identificación total entre accidente de trabajo y enfermedad profesional, en este sentido Sentencias de 15 de mayo 2000 (recurso núm.1803/1999), de 28 de septiembre 2000 (recurso núm. 2255/1999). No obstante, existe doctrina judicial, que sigue manteniendo que el concepto legal no desvincula la enfermedad profesional del accidente de trabajo, sino que simplemente da una presunción a favor de su existencia cuando la enfermedad está catalogada y se contrajo en una de las actividades previstas como causantes del riesgo.

Por su parte, la doctrina considera que no hay una desvinculación total de la enfermedad profesional del concepto de accidente de trabajo porque todavía hay un grado de indeterminación, sino que hay una presunción a favor de la enfermedad profesional cuando la enfermedad está catalogada, se contrae en una de las actividades previstas causantes del riesgo.

Es importante destacar la presunción de laboralidad de las enfermedades profesionales que se encuentran listadas, como establece la Sentencia del Tribunal supremo de 14 de febrero 2006, porque en el accidente de trabajo es necesario la prueba del nexo causal entre lesión y trabajo, en virtud del artículo 157 LGSS esta prueba no se exige al trabajador en las enfermedades profesionales listadas.

Tanto el accidente de trabajo como la enfermedad profesional gozan de una serie de privilegios: la acción protectora es superior, le corresponden prestaciones especializadas como indemnizaciones por lesiones permanentes no invalidantes; existencia de periodos de observación por enfermedad

profesional; traslados de puesto de trabajo; criterios de cálculo de prestaciones más beneficiosos; reglas especiales de financiación y aseguramiento, es el empresario el que asume la obligación del pago de las cotizaciones en su totalidad para la cobertura de los riesgos profesionales; los requisitos de acceso a las prestaciones se atenúan, alta de pleno derecho, no se exigen periodos previos de cotizaciones; la posibilidad de establecer recargos de cotización o de prestaciones cuando se hayan inobservado las medidas de seguridad e higiene.

3.- Los tribunales distinguen entre accidente de trabajo en sentido propio, es el que se sufre como consecuencia de la ejecución de su trabajo y el accidente de trabajo en sentido impropio, es el que se produce por causa diferente del trabajo pero el trabajo da ocasión al accidente, porque si no hubieran prestado los servicios no se hubiera producido cualquier menoscabo físico o psicológico.

El accidente de trabajo no contempla sólo la acción súbita o violenta sino que también se incluye el deterioro lento y progresivo. El artículo 156.1 LGSS establece una relación de causalidad de un doble nivel entre trabajo y accidente que permite calificar a éste último como laboral: por un lado, la causalidad estricta que se concreta en el uso de la expresión por consecuencia del trabajo que ejecuta el trabajador; por otro lado, una causalidad indirecta que el Tribunal Supremo prefiere denominar como condición más que como causa, consistente en que no siendo los factores que producen el accidente, inherentes o específicos del trabajo, es el trabajo, o las condiciones de la actividad en que se desarrolla, circunstancias sin cuya presencia o existencia el accidente no se hubiera producido.

El artículo 156.2 LGSS describe una relación de supuestos que inicialmente fueron elaborados por la jurisprudencia y con posterioridad incorporados por la norma, que han supuesto una ampliación de la consideración de accidente de trabajo, como son los accidentes in itinere,

accidentes en misión, los accidentes que sufra el trabajador al desempeñar cargos electos de carácter sindical.

4.- Hay una tercera contingencia profesional que no es accidente de trabajo ni enfermedad profesional pero tienen la consideración de accidente de trabajo, son las enfermedades, tanto físicas como psíquicas, que no son profesionales, pero que contrae el trabajador cuando realiza su trabajo, pero habrá que probar que la enfermedad es causa exclusiva de la ejecución del trabajo. Desde el punto de vista legal hay accidentes de trabajo que en realidad son enfermedades, como son las denominadas enfermedades del trabajo.

Característica de las enfermedades del trabajo frente al accidente en sentido propio es el hecho de intentar resaltar no llamándolas abiertamente accidentes sino asimiladas al accidente, tanto la doctrina como la jurisprudencia las denomina enfermedades del trabajo. El artículo 156.2 LGSS diferencia entre una asimilación general, coincide con el concepto de enfermedad del trabajo, y dos asimilaciones particulares específicas, que necesitan de un accidente, en el sentido literal, las enfermedades que padecieron con anterioridad los trabajadores que se agraven por efecto del accidente, o enfermedades que se adquieren en el medio donde el trabajador se instala para la curación de un accidente.

El artículo 156.3 LGSS establece una presunción de accidente de trabajo a las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y lugar de trabajo, pero no se considera accidente de trabajo al infarto ocurrido al ir o volver al trabajo, in itinere, pero sí el infarto ocurrido en misión.

5.- Entre el accidente de trabajo, la enfermedad profesional y la enfermedad del trabajo la diferencia fundamental en sentido estricto se encuentra en la relación de causalidad entre trabajo y lesión. La enfermedad profesional goza de la presunción "iuris et de iure" de origen profesional por tanto, no es preciso

probar la relación de causalidad, porque cuando se diagnostica la enfermedad profesional queda constancia de la existencia del agente listado y queda acreditado la realización de la actividad, la calificación como profesional es prácticamente automática.

En las enfermedades del trabajo es necesario probar la conexión causal entre la patología y el trabajo realizado.

El accidente de trabajo en sentido estricto se produce con ocasión o consecuencia del trabajo, supone una presunción "iuris tantum" de que existe nexo de unión entre lesión y trabajo cuando las lesiones se manifiesten en el lugar y tiempo de trabajo; en la enfermedad del trabajo la relación de causalidad es directa, estricta y rigurosa, se excluirán aquellas que estén vinculadas sólo de manera indirecta causalmente al trabajo o aquellas en las que por coincidir diferentes agentes causales, concausales o causalidad compleja no puedan vincularse de manera exclusiva con el trabajo; es muy limitado el ámbito de la enfermedad del trabajo en relación con el accidente de trabajo, pero esta limitación queda superada por el juego de la presunción del artículo 156.3 LGSS , tiempo y lugar de trabajo, y por la interpretación jurisprudencial que aminora la rigidez del vínculo exclusivo trabajo-enfermedad.

Para un sector de la doctrina la enfermedad del trabajo podría abarcar un concepto más amplio, y dentro de éste se incluiría la enfermedad profesional, considerando la enfermedad del trabajo el concepto género y la enfermedad profesional la especie. De esta forma toda enfermedad profesional es una enfermedad del trabajo pero no toda enfermedad del trabajo es una enfermedad profesional.

La presunción de laboralidad del artículo 156.3 LGSS requiere que la parte contraria pruebe que se ha roto el nexo causal entre trabajo y lesión, Sentencia del Tribunal Supremo 20 de diciembre 2007 (recurso 2579/2006), la

parte contraria a lo que se presume deberá soportar la carga probatoria para destruir el resultado que viene determinado a priori por la norma.

En relación al tiempo de trabajo la jurisprudencia ampara la lesión que sufra el trabajador en el tiempo de descanso o bocadillo, Sentencia del Tribunal Supremo 14 de diciembre 2014 (recurso 3138/2013). Así como el tiempo empleado para proveerse, cuando son obligatorios, de los EPIS porque es actividad previa indispensable para desarrollar su trabajo, Sentencia del Tribunal Supremo 19 de mayo 2015 (recurso 3002/2013).

Ante la posible contradicción entre el artículo 156.2.e) y el artículo 156.3 LGSS, la doctrina entiende que cuando se trate de enfermedad que se manifieste de manera súbita como infartos de miocardio, hemorragias cerebrales se aplicará la presunción del artículo 156.3; y se calificara como accidente de trabajo en virtud del artículo 156.2 para las enfermedades lentas y progresivas donde no sería viable aplicar la presunción de laboralidad del artículo 156.3 y sería necesaria la prueba de que la enfermedad ha sido provocada únicamente por el trabajo.

Pero, la consideración de la enfermedad del trabajo como accidente de trabajo es negativo desde el punto de vista preventivo porque, las entidades responsables de planificar la prevención eficaz la enfermedad de trabajo es una enfermedad una alteración de la salud diferente del accidente de trabajo. El ordenamiento jurídico español contiene una serie de normas que son específicas de prevención de riesgos profesionales para la enfermedad profesional, por tanto, si se califica la enfermedad del trabajo como accidente de trabajo su prevención es reducida porque no se aplican las medidas preventivas previstas para la enfermedad profesional, además no se aplican los privilegios que goza la enfermedad profesional en materia preventiva como la previsión de los periodos de observación o los reconocimientos médicos.

Tal vez, si la definición de enfermedad profesional que remite a un sistema de lista cerrada diera paso a un sistema mixto, donde debiera combinarse junto al establecimiento de un cuadro de enfermedades calificadas como profesionales con una cláusula abierta, que permitiera judicialmente considerar enfermedad profesional a aquellas que demuestren la conexión causal con el trabajo, como el sistema francés, porque un sistema mixto judicial aportaría mayor seguridad y posibilitaría una acción protectora reparadora y preventiva de las enfermedades del trabajo.

Se consideran enfermedades del trabajo las enfermedades cardiovasculares, hemorragias que se produzcan en tiempo y lugar de trabajo, incluso las producidas en vestuarios y durante el tiempo de descanso, entre jornadas. Pero no gozan de la presunción de laboralidad las enfermedades cardiovasculares, hemorragias cerebrales que se produzcan in itinere, Sentencia del Tribunal Supremo 14 de marzo 2012 (recurso 436/2010) . En cambio, estas enfermedades si las padece el trabajador desplazado de su domicilio habitual, pero que ocurran en tiempo que no es de trabajo, la jurisprudencia no es uniforme, considerando en unos casos el tribunal supremo que no se rompe el nexo causal y por tanto, se califican como accidente de trabajo. Por otra parte, no actúa la presunción de laboralidad al trabajador que está descansando en el hotel y le sobreviene una crisis cardiaca encontrándose indispuerto no acude a trabajar, en este caso se considera que no existe conexión entre el trabajo realizado por el trabajador y la enfermedad que le causó la muerte.

5.- Los riesgos y patologías profesionales no son algo propio del mundo de la producción, también se generan enfermedades en el sector servicios, van surgiendo nuevos procesos patológicos como son los riesgos psicológicos y aparecen prácticas de violencia como el mobbing, el estrés, el síndrome del trabajador quemado, "burn-out", pero el RD 1299/2006 no contempla los

riesgos psicosociales a pesar de que se venían reclamando desde el RD 1995/1978.

Las enfermedades de carácter psicosocial son nuevos tipos de dolencias que no están catalogadas como profesionales, enfermedades que suelen causar un alto absentismo en las empresas, originando considerables problemas de salud a quienes lo sufren y tienen su origen en el trabajo. Por este motivo, es necesario destacar la importancia de la jurisprudencia al calificar como enfermedad del trabajo no sólo las enfermedades psicosociales, el estrés, el síndrome del trabajador quemado o el suicidio, sino también las enfermedades que provienen de nuevos productos o materiales que se utilizan el trabajo, el uso de nuevas tecnologías, la robótica, la nanotecnología y nuevas energías; y las enfermedades derivadas de esfuerzos, enfermedades musculoesqueleticos.

Si se consideran estas enfermedades como accidente de trabajo nos encontramos con el problema de la prueba de la relación de causalidad entre trabajo y enfermedad, porque habría que demostrar, de conformidad con el artículo 156.2.e) LGSS, que la enfermedad fue causada de manera exclusiva por la ejecución del trabajo, porque la enfermedad de carácter psicológico puede venir determinada por múltiples factores y ante esta situación la doctrina ha admitido la teoría de la multicausalidad basándose en la presunción del artículo 156.3 LGSS.

En relación a las enfermedades que derivan de la utilización de nuevos productos y materiales, utilización de nuevas tecnologías, wifi, móviles, se distingue entre el síndrome de Hipersensibilidad Química Múltiple o alergia universal y el síndrome de Hipersensibilidad electromagnética o electrosensibilidad. En estos casos los síntomas suelen ser muy diversos desde hipersensibilidad hasta cánceres raros de cabeza y corazón, fatiga, cansancio, trastornos del sueño, mala circulación, alteraciones de la piel.

La doctrina considera que habría que actualizar la lista de enfermedades profesionales y flexibilizar el proceso de revisión, incorporando las nuevas patologías que derivan de la actividad laboral, planteándose acabar con el sistema de lista cerrado.

6.- El concepto legal de enfermedad profesional viene establecido en el artículo 157 LGSS, concepto que remite a una lista oficial, en nuestro ordenamiento jurídico se sigue el sistema de lista cerrada, sólo son enfermedades profesionales las enumeradas en la lista. Según la doctrina laboralista, cuando la LGSS define la enfermedad profesional utiliza dos conceptos, etiológico y enumerativo, y una relación de causalidad. Pero en realidad la Ley no define el término enfermedad. Ante la rigidez del concepto de la LGSS se ha intentado flexibilizar por la vía de la normativa preventiva, que amplía el concepto considerando enfermedad profesional toda patología, dolencia, afección, trastorno que guarda una relación directa con el trabajo desempeñado con independencia de si la causalidad es única y exclusiva o causalidad compartida.

Es destacable de la enfermedad profesional su carácter limitado y estricto que contrasta con el carácter flexible y abierto de la noción de accidente de trabajo.

Aunque parece sencillo delimitar la enfermedad profesional, de conformidad con el carácter legal y la lista establecida en el cuadro de enfermedades profesionales, pero en la práctica, en ocasiones, resulta difícil deslindar la enfermedad profesional de las enfermedades laborales concebidas por el legislador como accidente de trabajo.

Hay una nota característica de la enfermedad profesional, frente al accidente de trabajo, la lentitud, normalmente las enfermedades profesionales

suelen aparecer al cabo de los años, cuando puede que el trabajador haya cambiado varias veces de actividad.

La definición legal del artículo 157 LGSS establece la necesidad de un doble nexo causal: una entre enfermedad y actividad y otra entre enfermedad y sustancias nocivas empleadas en el ejercicio del trabajo. El Tribunal Supremo ha interpretado el concepto legal en el sentido de establecer que la enfermedad para que sea profesional se requiere que ésta sea contraída a consecuencia del trabajo ejecutado, se especifique en el cuadro correspondiente y esté provocada por los elementos o sustancias que se indiquen para cada una de ellas, dándose nexo de causalidad suficiente entre los productos manipulados y enfermedad padecida, Sentencias de 24 de abril 1985, de 5 de noviembre 2014 (recurso núm. 1515/2013), de 18 de mayo 2015 (recurso núm. 1643/2014). o de 9 de mayo 2018 (recurso núm. 114/2018).

El sistema lista fija unas patologías asociadas a determinados trabajos con riesgo de enfermedad profesional, sólo se considera enfermedad profesional la que se encuentra listada, por ello se llama lista cerrada.

Particular de la enfermedad profesional es el carácter previsible frente a lo imprevisto del accidente de trabajo, acción súbita y violenta, la causalidad exigida en la enfermedad profesional es más estricta que en accidente de trabajo, esto genera seguridad jurídica en la calificación y libera al trabajador de probar el origen profesional de la dolencia padecida.

Dada la rigidez del sistema que contempla la LGSS se ha intentando flexibilizar por la vía de la normativa preventiva, en la LPRL y el RSP. Desde el punto de vista de la prevención, enfermedad profesional es toda enfermedad, patología, dolencia, trastorno, que guarda una relación con el trabajo desempeñado, independientemente del alcance de la conexión.

7.- A partir de la publicación de la LPRL de 8 de diciembre 1995 se creó la Comisión Nacional Seguridad y Salud, y en 1998 dentro de la Comisión se constituye el Grupo de Trabajo de Enfermedades profesionales, y en ésta se originaron los trabajos de reforma de la lista de enfermedades profesionales. La evidencia de la necesidad de reformar la lista se produce tras la Declaración para el Diálogo Social de 2004. Se pretendía con la reforma establecer por un lado un nuevo sistema de notificación y registro y por otro, calificar la enfermedad profesional de conformidad con el nuevo cuadro de enfermedades profesionales.

El RD 1299/2006, de 10 de noviembre, vigente cuadro de enfermedades profesionales deroga el anterior RD 1995/1978, de 12 de mayo, no es una nueva regulación o definición del concepto de enfermedad profesional, tampoco modifica el sistema de lista contemplado en el artículo 157 LGSS, pero presenta una importante novedad al seguir la Recomendación europea 2003/671, incorpora la doble lista, Anexo I que comprende las enfermedades que tienen su origen profesional de manera indubitada, y el Anexo II que comprende aquellas enfermedades que se sospecha el origen profesional, que en el futuro pueden pasar a aumentar la primera lista, entendiéndose que el artículo 157 LGSS se refiere a la lista del Anexo I del RD 1299/2006.

Con la entrada en vigor de este RD la doctrina judicial cobra una mayor importancia, porque a pesar de que la nueva lista no es un sistema mixto, pero al establecer la configuración por sectores enteros, por profesiones u oficios, o los agentes que establecen como ejemplos, permite que la lista se abra y permite al juez un amplio margen de interpretación. Así, encontramos distintas Sentencias Tribunal Supremo que considera que el RD al utilizar expresiones *como*, entre otras, la lista tiene carácter ejemplificativo y no cerrado, en este sentido las Sentencias de 5 de noviembre 2014 (Recurso núm. 1515/2013), de 18 de mayo 2015 (Recurso núm. 1643/2014) establecen “puesto que el

adverbio *como* indica, sin lugar a dudas que se trata de una lista abierta”. Si bien es cierto que los tribunales están limitados en la interpretación por el sistema lista pero, no es menos cierto, que el legislador confiere a los mismos un amplio margen de actuación para interpretar el contenido de la lista

En el Anexo II, no hay una evidencia científica, pero en un futuro puede incluirse en la lista primera, es una lista de sospecha.

Un sector de la doctrina considera que las enfermedades del Anexo II en modo alguno pueden considerarse enfermedades profesionales provistas de la presunción “*iuris et de iure*”, y por tanto, necesitan de una actividad probatoria para demostrar su etiología laboral, pero esta solución no se corresponde con la LGSS que califica como enfermedad profesional las del Anexo I, lo más apropiado sería reconducir el cuadro del Anexo II al concepto de enfermedad del trabajo, a las enfermedades no incluidas en el artículo 157 LGSS, por tanto, sí se tratara de 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 trabajo y que son calificadas *ex lege* como accidentes de trabajo.

Una novedad importante en el RD 1299/2006 es el relativo al sistema de declaración, calificación, notificación y por lo que se modifica el procedimiento de iniciación, agilizándolo y simplificando los trámites: en la fase de iniciación se produce la primera modificación, liberando al empresario de la responsabilidad de notificar y comunicar la enfermedad profesional. Esta obligación es trasladada al INSS o a las MCSS, según la Orden TAS/1/2007, de 7 de enero, se establece la obligación, a los profesionales sanitarios de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud y a los servicios de prevención, de comunicar con ocasión de su actividad profesional la existencia de una enfermedad profesional, tanto las del Anexo I como las del Anexo II.

Se demanda la coordinación entre la administración laboral y sanitaria.

El RD 1299/2006 permite que el Ministerio de Trabajo, migraciones y seguridad Social¹³⁶⁵, previo informe del Ministerio de Sanidad pueda incluir cualquier enfermedad en el Anexo I sin necesidad de pasar primero por el Anexo II.

La Orden TAS/1/007 regula el nuevo parte de enfermedad profesional, donde hay que identificar al trabajador, a la empresa, datos de diagnóstico y datos económicos para proceder al cálculo de las prestaciones por incapacidad que el trabajador pudiera tener derecho sí, al final, se trata de una enfermedad profesional. Se crea la aplicación informática para realizar la tramitación: CEPROSS.

En el RD 1299/2006 y en la Orden TAS/1/2007 se establecen las normas para elaborar y transmitir el parte electrónico por medios electrónicos.

Para valorar las enfermedades profesionales el INSS consideró de interés básico desarrollar una guía de ayuda para valorar las enfermedades profesionales, y la escuela Nacional de Medicina del Trabajo en colaboración con el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo en 2015 elaboró y publicó una serie de fichas denominadas Directivas para la decisión clínica de las enfermedades profesionales, que el INSS considera una guía de ayuda.

CEPROSS es el sistema de notificación de las enfermedades profesionales, recoge las patologías incluidas en el RD 1299/2006, así como también contiene un Servicio de Alertas para controlar a las empresas que superen los límites de Alerta establecidos. Por otra parte, se pretende ampliar

¹³⁶⁵ El RD 2/2020, de 12 de enero 2020, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales. El Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social se estructura en dos, el Ministerio de Trabajo y Economía Social y el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Y el Ministerio de de Sanidad y Consumo se estructura en dos, el Ministeripo de Sanidad y el Ministerio de Consumo. BOE 13-01-2020.

la información e incluir las enfermedades de trabajo y para esta finalidad se ha diseñado PANOTRASS.

Las actividades se encuentran revueltas dentro de cada grupo en el RD 1299/2006, en el presente trabajo se ha realizado una clasificación de las actividades que pueden causar las diferente enfermedades.

Así en el grupo 1, enfermedades causadas por agentes químicos las actividades que mas enfermedades pueden causar son las relacionadas con la fabricación y empleo de colorantes, disolventes, pinturas, pigmentos y tintes.

En el grupo 2, enfermedades causadas por agentes físicos las actividades que mas enfermedades pueden causar son las relacionadas con la construcción.

En el grupo 3, enfermedades causadas por agentes biológicos las actividades que mas enfermedades pueden causar son las relacionadas con el cuidado, cría y transporte de animales.

En el grupo 4, enfermedades causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados las actividades que mas enfermedades pueden causar son las relacionadas con la alimentación.

En el grupo 5 enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados las actividades que mas enfermedades pueden causar son las relacionadas con la sanidad.

Y, en el grupo 6 enfermedades causadas por agentes cancerígenos las actividades que mas enfermedades pueden causar son las relacionadas con la industria metalúrgica.

8.- La lista de enfermedades profesionales contenida en el RD 1299/2006 no se corresponde con la realidad de las enfermedades que puedan tener su origen en el ejercicio de su actividad laboral, porque hay enfermedades que materialmente son profesionales pero formalmente no lo son porque no están incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales, para la Seguridad Social estas enfermedades reciben el tratamiento de accidente de trabajo, pero desde el punto de vista preventivo las enfermedades de trabajo están más cerca de las enfermedades profesionales

La LGSS establece una serie de medidas preventivas específicas de las enfermedades profesionales como son los periodos de observación, los reconocimientos médicos previos y periódicos y el traslado al trabajador a otro puesto de trabajo que esté exento de riesgo, son medidas preventivas previstas para las enfermedades profesionales pero no para las enfermedades de trabajo.

Junto los riesgos tradicionales aparecen riesgos emergentes: asoman con mayor intensidad los daños a la salud psíquica, la globalización social y económica, las nuevas tecnologías, las nuevas formas de trabajar, el uso intenso de tecnologías de telecomunicaciones asentadas en transmisión de radiofrecuencia, la radio, televisión, teléfonos móviles, inalámbricos, wifi y escáneres. El uso normalizado de estos dispositivos en el mundo laboral supone un incremento de la exposición de los trabajadores a estos riesgos.

La LPRL establece que hay que realizar una nueva evaluación de riesgos cuando se produzca un cambio en las condiciones de trabajo, al incorporar nuevas formas de trabajo o nuevas tecnologías.

El trabajador tiene reconocido un derecho a la protección y prevención de la salud en el artículo 15 de la CE. En relación a la enfermedad profesional el

empresario debe garantizar el nivel óptimo de seguridad posible de conformidad con el momento tecnológico.

La doctrina mayoritaria considera que el deber de seguridad del empresario es una obligación de medios, la finalidad es preventiva y disuasoria, debiendo probar el empresario que su actuación ha sido diligente.

Es importante destacar el cumplimiento por parte del empresario de evaluar los riesgos, en materia preventiva, en la enfermedad profesional, es imprescindible la detección tempranamente, y la única manera para obtenerlo es la sensibilidad preventiva por los empresarios, por tanto para poder prevenir es indispensable conocer las acciones nocivas de determinados productos.

El empresario tiene una obligación preventiva importante en los equipos de protección por lo que es fundamental que el empresario haga participe a los trabajadores para incentivarlos en la utilización de los mismos.

El empresario debe llevar la vigilancia de la salud de los trabajadores con la finalidad de detectar precozmente e individualizar los factores de riesgo, siendo el reconocimiento médico la actividad principal de la vigilancia de la salud. Hay que destacar que los reconocimientos médicos deben ser voluntarios, es necesario contar con el consentimiento informado y voluntario del trabajador, antes de proceder a realizar los controles médicos, el trabajador deberá conocer antes la información referente a la finalidad de las pruebas médicas, qué uso se van a dar a los resultados de los datos obtenidos y las consecuencias. El consentimiento será expreso y por escrito, pero también se admite el consentimiento tácito. No es necesario el consentimiento cuando los reconocimientos médicos sean imprescindibles para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa o

cuando así se establezca en una disposición legal en este sentido Sentencia del Tribunal Supremo 7 de marzo 2018 (recurso núm. 42/2017).

Si el trabajador no se encuentra impedido para trabajar, desde el punto de vista preventivo se le prescribe la baja, deja de trabajar de manera preventiva durante el periodo de observación, es un caso particular de incapacidad temporal, durante este periodo se procederá al estudio y diagnóstico de la enfermedad profesional cuando sea necesario posponer el diagnóstico definitivo, en esta situación no es necesaria que el trabajador lleve un tratamiento sanitario.

El consumo de alcohol y drogas, previsto actualmente, como penalización, en el ET es causa de extinción del contrato de trabajo, pero según doctrina laboralista, considera que debería considerarse como riesgo psicosocial porque existe relación entre consumo y población trabajadora, y es evidente que existen sectores, actividades o condiciones de trabajo que aumentan el riesgo de consumo de alcohol y drogas; por lo que, dada la redacción abierta que realiza la LPRL, debería integrarse en la prevención y la protección de riesgos, considerándolos como riesgos psicosociales, el control en la detección de alcohol y drogas, porque la dirección preventiva produciría un elevado beneficio, tanto social como económica, porque reduciría costes directos e indirectos para la empresa

La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020 debe ser flexible para adaptarse a los cambios que se produzcan y prever posibles riesgos, refiriéndose, entre otros, a los riesgos de carácter psicosocial, a riesgos derivados de nuevas tecnologías o de aquellos que emergen de factores sociolaborales.

9.- Las MCSS realizan la cobertura de las contingencias profesionales y pueden realizar las prestaciones económicas y de asistencia sanitaria, incluso

la rehabilitación, así como las actividades preventivas de estas contingencias, así como corresponde a las mutuas la determinación inicial del carácter profesional de la contingencia, sin perjuicio de la posible revisión y calificación por la entidad gestora competente.

La Ley 51/2007, de 26 de diciembre, que entró en vigor el 1 de enero 2008, supuso el alcance actual de la responsabilidad de las Mutuas en relación al pago de las prestaciones causadas por enfermedad profesional, con anterioridad las pensiones por incapacidad permanente, muerte y supervivencia derivadas de enfermedad profesional era responsabilidad del INSS y de la TGSS, esto era diferente en el accidente de trabajo donde las Mutuas estaban obligadas a capitalizar el importe de dichas pensiones. En cambio, el coste de las prestaciones por incapacidad temporal derivada de enfermedad profesional y por periodos de observación sí eran asumidos por las Mutuas.

Como en la enfermedad profesional el hecho causante no se produce en un momento concreto y determinado, sino que se va gestionando a lo largo del tiempo hasta exteriorizarse las dolencias, por tanto, estima la jurisprudencia que cuando el trabajador estuvo sometido con anterioridad al 1 de enero 2008 a elementos susceptibles de generar enfermedad, y en este periodo estuvo asegurado por el INSS, serán responsables el INSS y la Mutua en proporción al tiempo de exposición a los riesgos que generaron la enfermedad. Responsabilidad que será compartida entre el INSS y la Mutua porque el trabajador estuvo sometido antes y después del 1 de enero a elementos susceptibles de generar enfermedad profesional.

10.- Una de las más importantes consecuencias del desarrollo de la enfermedad de origen laboral, tanto si es enfermedad profesional como enfermedad del trabajo, son las responsabilidades que pueda generar. Cuando los empresarios incumplen sus obligaciones en materia de prevención de

riesgos laborales dará lugar a responsabilidades administrativas, responsabilidades penales, a civiles por los daños y perjuicios que pudieran derivarse del mencionado incumplimiento, hay que añadir las responsabilidades del empresario en materia de Seguridad Social y la disciplinaria del trabajador cuando no cumple sus deberes de prevención.

A partir de la Ley 36/2011 el orden social es el competente para conocer y resolver todas las cuestiones derivadas del accidente de trabajo y la enfermedad profesional, sólo queda fuera del orden social dos cuestiones, la primera se refiere a las acciones que se susciten entre el empresario y los obligados a coordinar con él las obligaciones preventivas y la segunda se refiere al orden penal, en el caso de que el accidente de trabajo o la enfermedad profesional hayan ocasionado actuaciones penales.

11.- La negociación colectiva tiene en España una importancia considerable para ordenar las relaciones de trabajo en virtud de la eficacia general que le otorga el legislador, consecuencia del acuerdo entre representantes de los trabajadores y empresarios, porque la negociación colectiva es el instrumento central donde se fijan las condiciones de trabajo, mostrando un interés en la protección social complementaria, incluyendo disposiciones en los convenios en la regulación de los complementos a las prestaciones, tanto de la enfermedad común como la enfermedad profesional.

Las cláusulas de contenido económico suelen ser las más habituales que se establecen en nuestro ordenamiento jurídico, en la negociación colectiva en materia de enfermedad profesional, siendo la finalidad regular o establecer instrumentos para mejorar económicamente la protección que ofrece el sistema de Seguridad Social para esta contingencia.

La negociación colectiva es un instrumento importante para adaptar los nuevos riesgos emergentes que vayan surgiendo, y que no han sido

contemplados en la prevención de riesgos laborales, para permitir que se adecue la estructura de la empresa con la finalidad de proteger la seguridad y salud de los trabajadores.

Las medidas más frecuentes reguladas, en la negociación colectiva en la función preventiva, se encuentran relacionadas con los reconocimientos médicos de conformidad con lo establecido en el artículo 22 LPRL.

Hay convenios colectivos que prevén disposiciones en las que se ofrecen a los trabajadores la posibilidad de realizar además del examen obligatorio pruebas complementarias como pueden ser pruebas ginecológicas o urológicas, de conformidad con los protocolos médicos establecidos por los servicios de prevención. Pero también podemos encontrar convenios colectivos donde la obligación de la vigilancia de la salud son meros formalismos sin más consecuencias. En cambio, algunas empresas aportan a los trabajadores algo más de lo rigurosamente necesario, intentando promover de verdad la salud del trabajador, ofreciendo servicios médicos, soporte financiero, deporte, flexibilidad horaria, es decir proponer al trabajador la posibilidad de tener un estilo de vida saludable.

12.- Propuesta de "lege ferenda". La lista vigente de enfermedades profesionales recogidas en cuadro del RD 1299/2006, ya ha recorrido 13 años, se han producido interpretaciones jurisprudenciales dando cabida a la inclusión como contingencia profesional, bien accidente de trabajo, enfermedad del trabajo, enfermedad profesional, a enfermedades no descritas en el cuadro y dado que en el cuadro no todos los grupos describen las enfermedades, sino que se limitan a describir las actividades, sustancias y elementos causantes de las mismas, sería el momento, tal vez, de avanzar un poco más, y realizar una modificación del artículo 157 de la LGSS, incorporando también las enfermedades del trabajo.

Así, en mi opinión y, siguiendo doctrina destacada, se debería modificar el artículo 157 LGSS, y debería quedar de la siguiente forma redactado:

1) *“Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, y asimilado, en las actividades que se especifican en el Anexo I del 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 Anexo I del cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”.*

“En tales disposiciones se establecerá el procedimiento que hay de observarse para la inclusión en dicho cuadro de nuevas enfermedades profesionales que se estima que deban ser incorporadas al mismo. Dicho procedimiento comprenderá, en todo caso, el informe preceptivo del Ministerio de Sanidad¹³⁶⁶”.

2) *“Se presume que el trabajo es la causa directa y exclusiva, salvo prueba contrario, de las enfermedades incluidas en el Anexo II del cuadro de enfermedades profesionales”.*

3) *“Las enfermedades no incluidas en los apartados 1) y 2, pero, que se presuma la causalidad directa y exclusiva de la ejecución del trabajo, se consideraran también enfermedades profesionales cuando aparezcan de forma súbita o violenta, siempre que el trabajador las sufra durante el tiempo y en el lugar de trabajo”*

4º. *“Serán calificadas como enfermedades profesionales las que no estén incluidas en los anteriores apartados de este artículo pero que contraiga el*

¹³⁶⁶ El RD 2/2020, de 12 de enero 2020, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales. El Ministerio de de Sanidad y Consumo se estructura en dos, el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Consumo. BOE 13-01-2020.

trabajador con motivo de la realización de su trabajo, cuando se pruebe que el trabajo es la causa exclusiva de la enfermedad”

Con esta redacción se solucionarían diferentes problemas, porque por un lado se daría la misma protección y prevención a las enfermedades del trabajo y a las enfermedades profesionales, porque no se calificarían las enfermedades del trabajo como accidente de trabajo, dado que la LGSS establece una serie de medidas preventivas solo aplicables a las enfermedades no a los accidentes de trabajo, medidas que no figuran en la LPRL.

Por otro lado se establecería una sistema de lista “apertus”, ya no sería cerrado, porque en el apartado 4º se da la posibilidad de considerar enfermedad profesional no sólo las establecidas en el cuadro de enfermedades profesionales y deja la puerta abierta para que los tribunales puedan calificar nuevas enfermedades profesionales.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo ¿La sal de la vida o el beso de la muerte?, Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Luxemburgo (Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas), 1999.

AA.VV.: *España y la OIT, 100 años de dialogo en un mundo cambiante*, (Dir. GIL y GIL J.L.) Biblioteca del Ministerio Social. Universidad de Alcalá 2017. Ediciones Cinca.

AA.VV.: *Libertad de circulación y derecho de protección social en la Unión Europea. Un estudio de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia*. Juruá Editorial. 2016.

AA.VV.: *Robótica y su impacto en los recursos humanos y en el marco regulatorio de las relaciones laborales*. Instituto internacional cuatrecasas de estrategia legal en recursos humanos. 2018. Editorial La Ley.

AA.VV.: *Nuevos retos del Derecho del trabajo cambios en la organización productiva y nuevos criterios jurisprudenciales*. (Coordinador CALVO CALMACHE, A.) Barcelona 2018. Editorial Huygens Editorial.

AGUILAR MARTIN, M.C.: “El papel de la negociación colectiva en materia de seguridad y salud laboral. Una visión más amplia de la prevención”, en *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del empleo*, volumen 5, núm. 3 de 2017.

ALARCON CARACUEL, M.R. y GONZALEZ ORTEGA S.: *Compendio de Seguridad Social*. Madrid, 1991. Editorial Tecnos. 4ª edición.

ALEGRE NUENO, M.: “La contribución de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social a la tutela judicial del Derecho de la Seguridad y Salud en el trabajo”, en AA.VV. (Dir. TOSCANI GIMENEZ, D. y ALEGRE NUENO, M.) *Análisis práctico de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*. Navarra 2016. Editorial Aranzadi.

ALFONSO MELLADO, C. L.: “Indemnizaciones derivadas de la responsabilidad empresarial por accidentes de trabajo. problemas esenciales”, en AA.VV. (Dir. PEREZ

ALONSO, M.A.) *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. Valencia 2015. Editorial Tirant lo Blanch.

ALFONSO MELLADO, C.L.: *Responsabilidad empresarial en materia de Seguridad y Salud laboral*. Valencia 1998. Editorial Tirant lo Blanch.

ALONSO OLEA, M y TORTUERA PLAZA, J.L. *Instituciones de la Seguridad Social*. Pamplona 2000, 17 edición Editorial Aranzadi.

ALVAREZ DE MIRANDA, J.M.: “Enfermedad profesional. STS 22 de marzo de 1962”, en *R/SS* núm. 2- 1963.

ARENAS VIRUEZ, M.: “Enfermedad profesional y Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social”, en AA.VV. *Enfermedades profesionales*. Valencia 2017. Editorial Tirant lo Blanch.

ARTIENDA PELLEJERO, L.: “Cambios en la notificación de las enfermedades profesionales: nuevo cuadro y modificaciones en la declaración y registro”, en *Cuadernos de Relaciones Laborales*, núm. 25-2007.

BALLESTER PASTOR, M.A.: “Derecho a la no discriminación y otros derechos del trabajador”, en AA.VV. (CAMPS RUIZ, L., RAMIREZ MARTINEZ, J.M.): *Derecho del Trabajo*. Valencia 2016. Editorial Tirant lo Blanc.

BARCELON COBEDO, S.: “El valor de la presunción del artículo 116 (artículo 157 de la vigente LGSS) de la Ley General de la Seguridad Social”. *Revista doctrinal Aranzadi Social* núm. 19/2011. BIB 2010/3050

BARCELON COBEDO S. y GONZALEZ ORTEGA, S.: “*Las enfermedades profesionales*”. Valencia 2017. Tirant lo Blanch.

BERLIN, A., HAIG, R. MARTIN, H.: “El Desarrollo de la protección de la salud laboral en la Comunidad Europea con referencia particular a las enfermedades profesionales”, en *Jornadas Europeas Técnico-Sindicales sobre Enfermedades del Trabajo: Conocer para prevenir*. Valencia 1992. Editorial Feis.

BLASCO JOVER, C.: “La prevención de riesgos laborales en la negociación colectiva estatal”, en *Análisis práctico de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*, en AA.VV. (Dir. TOSCANI GIMENEZ, D. y ALEGRE NUENO, M.) *Análisis práctico de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*. Navarra 2016. Editorial Aranzadi.

BLASCO LAHOZ, J.F.: “La incapacidad temporal por contingencias comunes”, en AA.VV. *Las contingencias comunes protegidas por la Seguridad Social. Estudio de su régimen jurídico*. Granada 2008. Editorial Comares.

BLASCO LAHOZ, J.F. “El concepto legal de enfermedad profesional y su interpretación judicial y doctrinal”. *Revista de trabajo y Seguridad Social*, núm. 308/2008.

BLASCO LAHOZ, J.F.: *Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (Doctrina, jurisprudencia, formularios y legislación)*. Valencia 2008. Editorial Tirant lo Blanch.

BLASCO LA HOZ, J.F., LOPEZ GANDIA, J. Y MOMPARTLER CARRASCO, M.A. Curso de Seguridad Social I. Parte general. Valencia 2008, 2ª edición. Editorial Tirant Lo Blanch.

BLASCO LAHOZ, J.F.: *ENFERMEDADES PROFESIONALES. Legislación, doctrina y jurisprudencia*. Valencia 2009. Tirant lo Blanch.

BLASCO LAHOZ, J.F.: “Especialidades en el acceso a las prestaciones derivadas de las contingencias profesionales y responsabilidad empresarial por los incumplimientos en materia de Seguridad Social y el papel de las Mutuas”, en AA.VV. (PEREZ ALONSO, M.A. Dir.) *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. Valencia 2015. Editorial Tirant lo Blanch.

BLASCO LAHOZ, J.F.: “La enfermedad profesional. Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social”, en *Accidente de trabajo y enfermedad profesional en la Administración Local*, 2ª edición en Centro de Estudios municipales y Cooperación Internacional (CEMCI). Diputación de Granada 2016.

BLASCO LAHOZ, J.F.: “Marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales”, en AAVV (LOPEZ GANDIA, J., BLASCO LAHOZ, J.F.), *Curso de prevención de riesgos laborales*. Valencia 2019. Editorial Tirant lo Blanch.

BLASCO LAHOZ, F.J. “Especialidades en el acceso a las prestaciones derivadas de contingencias profesionales”. En AA.VV. (Dir. PEREZ ALONSO M.A.): *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. Valencia 2015. Tirant lo Blanc.

BLASCO LAHOZ, J.F.: “Acción protectora de la Seguridad Social(I): contingencias protegidas”, en *Seguridad Social*. Valencia 2018. Editorial Tirant lo Blanch, 5ª Edición.

BLASCO PELLICER, A.: “La extinción del contrato de trabajo por voluntad del empresario” en AA.VV. (Director GOHERLICH PESET) *Derecho del Trabajo*. Valencia 2018. Editorial Tirant lo Blanch.

BODAS MARTIN, R.: “Sistemas de responsabilidad en materia de contingencias profesionales, en particular, en los supuestos de falta de afiliación, alta y cotización”, en *Accidente de trabajo y sistema de prestaciones*. Albacete 2009. Editorial Bormazo.

BOSCH PARDO, J.: *Enfermedades Profesionales*, Barcelona 1957. Francisco Seix Editor.

BORRAJO DACRUZ, E., *Estudios Jurídicos de PREVISION SOCIAL*. Madrid 1962. Editorial Aguilar.

CABEZA PEREIRO, J y FERNANDEZ PROL, F.: “Presunción de laboralidad de los accidentes de trabajo acaecidos en el lugar y tiempo de trabajo”, en AA.VV., *Accidentes de Trabajo y sistema de prestaciones*. Albacete 2009. Editorial Bormazo.

CARRERO DOMINGUEZ, C.: “Las obligaciones preventivas de la empresa y la enfermedad profesional” en *Las enfermedades profesionales*. Valencia 2017. Editorial Tirant lo Blanch.

CASAS BAAMONDE, M.E. y DE LA TORRE GARCIA, C.: *El futuro del trabajo en España: impacto de las nuevas tendencias*. Editorial la Ley Wolters Kluwer. 2019.

CAVAS MARTINEZ, F.: *El accidente de trabajo in itinere*. Madrid 1994. Editorial Tecnos.

CAVAS MARTINEZ, F.: "Accidente de trabajo in itinere y delimitación teleológica-espacial del "iter laboris", en *Revista Aranzadi Social*. 1998 BIB 1998/248.

CAVAS MARTINEZ, F. y FERNANDEZ ORRICO, F.J. *La cobertura de las contingencias profesionales en el sistema español de Seguridad Social*. Navarra 2006. Editorial Thomson-Aranzadi.

CEINOS SUAREZ, A.: "Libertad de circulación y limitaciones por razón de seguridad y salud", en AA.VV. (Coord. GARCIA MURCIA, J. y GARCIA TORRES, A.): *Libertades de circulación y derechos de protección social en la Unión Europea: un estudio de jurisprudencia del Tribunal de Justicia*. Editorial Juruá, 2016.

CREMADES SANZ-PASTOR, B.M.: "La responsabilidad empresarial derivada de accidente de trabajo". en *Revista Política Social*, núm. 88, 1970.

CREMADES SANZ-PASTOR, B.M^a.: "La responsabilidad empresarial derivada de accidente de trabajo". en *Revista Política Social*, núm. 88, 1970.

CHAVARTEGUI JAVEGA, C.: *El concepto de accidente de trabajo: su construcción por la jurisprudencia*. Albacete 2007. Editorial Bormazo.

CHACARTEGUI JAVEGA, C.: "La calificación del suicidio como accidente de trabajo", en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 17/2009. BIB 2009/566.

DE SOTO RIOJA, S.; FUENTES FERNANDEZ, F.: "La enfermedad profesional desde la perspectiva laboral", en *Las Enfermedades Profesionales*. Valencia 2017. Editorial Tirant lo Blanch.

DE SOTO RIOJA, S.: "El Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple (SQM). Como enfermedad laboral, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 3/2012. BIB 2012/993.

DE VICENTE PEREZ, F.: "El síndrome de burnout o trabajador quemado, en *Actualidad Laboral* núm. 2-2005.

DESDENTADO BONETE, A. y NOGUERIA GUASTAVINO, M.: *La Seguridad Social en la Unificación de Doctrina. Una síntesis de Jurisprudencia (1991-1996)*. Valencia 1997. Editorial Tirant lo Blanch.

DESDENTADO BONET, A.: en AA.VV. MONEREO, J.L. (Dir.). *Comentarios a la Ley de la Seguridad Social*. Granada 1999. Editorial Comares.

EMBID TELLO, A.E.: "Protección jurídico-sanitario frente a los riesgos procedentes de las infraestructuras de radiocomunicación", en *Revista Catalana del Dret Ambiental*, núm. 1-2010.

FABREGAT MONFORT, G.: "El acoso moral, el acoso sexual y el acoso por razón de sexo", en *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. Valencia 2015. Editorial Tirant lo Blanch.

FERNANDEZ AVILES, J.A. "Concepto de accidente de trabajo. El riesgo objeto de protección jurídica". AA.VV. (J.J. MORENO PEREZ, C. MOLINA NAVARRETE Y M.N. MORENO VIDA) *Tratado práctico a la legislación reguladora de los accidentes y enfermedades profesionales. Régimen jurídico de la prevención, aseguramiento, gestión y responsabilidad*. Granada, 2005. Editorial Comares.

FERNANDEZ AVILES, J.A.: *El accidente de trabajo en el sistema de Seguridad Social: su contradictorio proceso de institucionalización jurídica*. Barcelona 2007. Editorial Atelier.

FERNANDEZ COLLADOS, M.B.: "Las enfermedades del trabajo", en *Revista española de Derecho del Trabajo*, núm. 146/2010. Pamplona 2010. Editorial Civitas S.A. BIB 2010/585.

FERNANDEZ DE PALENCIA y ROCA, A.: "Los riesgos emergentes" en AA.VV. (Dircs. TOSCANI GIMENEZ, D y ALEGRE NUENO, M.) *Análisis práctico de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*. Navarra 2016. Editorial Aranzadi.

FERNANDEZ DOMINGUEZ, J.J. *Protección social complementaria de accidente de trabajo y enfermedad profesional*. Valencia 1999. Editorial Tirant lo Blanch.

FERNANDEZ DOMINGUEZ, J.J.: *Protección Social complementaria de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales*. Valencia 2004. Editorial Tirant lo Blanch.

FERNANDEZ DOMINGUEZ, J.J.: *Del despido disciplinario y sus problemas a la prevención del riesgo y asistencial al trabajador*. Madrid 2013. Editorial Wolters Kluwer.

FERNANDEZ ORRICO, F. J., “La Seguridad Social en el XXV Aniversario de la Constitución”. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 49, 2004.

FERNANDEZ ORRICO, F.J.: *Las prestaciones de la Seguridad Social: Teoría y Práctica*. Madrid 2009 2ª edición, Ministerio de Trabajo e Inmigración.

FERNANDEZ ORRICO, F.J.: “El tratamiento continuista de la Reforma de pensiones (2007) respecto a prestaciones derivadas de enfermedad común: ¿Nostalgia de la consideración conjunta de contingencias?”, *Aranzadi Social*, núm. 18, 2008. BIB 2008/3018.

FERNANDEZ ORRICO, F.J.: “Gestión y control de la incapacidad temporal tras el RD 625/2014, de 18 de julio”, en *Nueva Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 168-2014. BIB 2014/3564.

FERNANDEZ ORRICO, F.J.: “La prevención de riesgos laborales en caso de maternidad” en AA.VV. (Directores TOSCANI GIMENEZ, D. y ALEGRE NUENO, M.) en *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*. Navarra 2016. Editorial Aranzadi.

FERNANDEZ ORRICO, F.J.: “Prologo”. En GONZALEZ MARTINEZ, J.A., *El Trato Privilegiado de las Prestaciones de Origen Profesional. Un intento de que las contingencias profesionales pierdan su especialidad*. Navarra 2017. Editorial Aranzadi.

FERNANDEZ PRATS, C.: “Financiación, cotización y recaudación”, en AA:VV: *Derecho de la Seguridad Social*. Valencia 2018, 7ª edición. Editorial Tirat lo Blanch.

FERNANDEZ PRATS, C. *La protección de la incapacidad temporal en el Régimen General de la Seguridad Social*. Valencia 2011. Editorial Tirant lo Blanch.

GARCIA COCA, O.: “Procedimiento, declaración y registro de la enfermedad profesional y su relación con las TIC. La aplicación informática CEPROSS, en *Las enfermedades profesionales*. Valencia 2017. Editorial Tirant lo Blanch.

FUSTER MARTIN, R.: *Criterios de valoración de las secuelas en los accidentados*. Pamplona 2019. Editorial Aranzadi.

GARATE CASTRO, J.: *Lectura sobre el derecho a la negociación colectiva laboral*. Ediciones Cinca. 2019.

GARCIA DE CORTAZAR y NEBREDA, C. “La protección de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales en las normas internacionales de ámbito regional: el Consejo de Europa”, en AA.VV., en *Cien años de Seguridad Social. A propósito del centenario de la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900*. Madrid 200. Fraternidad-Muprespa y UNED.

GARCIA GONZALEZ, G.: “La hipersensibilidad electromagnética como causa de incapacidad permanente: algunas reflexiones críticas”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*. BIB 2016/85602.

GARCIA MURCIA, J. y MENENDEZ SEBASTIAN, P.: “Recargo de prestaciones: exigencias de infracción concreta de las normas preventivas y de culpa por parte de la empresa. Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Social, de 28 de febrero 2019 (recurso núm. 508/2017), en *Revista de Jurisprudencia Laboral*, núm. 2-2019.

GARCIA NINET, J.I.: “La incapacidad temporal” en AA.VV.: *La incapacidad temporal*. Madrid 1996. Editorial Tecnos.

GARCIA NINET, J.I. y VICENTE PALACIO, A.: “Derechos y obligaciones”, en AA.VV. Curso sobre prevención de riesgos laborales. Castellón 1998. Universitat Jaume I.

GARCIA NINET, J.I. y VICENTE PALACIO, M.A.: “Derechos y obligaciones del empresario I, II, III”, lecciones 8, 9 y 10, en AA.VV. (Dir. GARCIA NINET), *Manual de*

Prevención de Riesgo Laborales. Seguridad, Higiene y Salud en el trabajo. Madrid 2017, 4ª edición. Editorial Atelier Libros Jurídicos.

GARCIA ORTEGA, J.: “La enfermedad profesional”. En AA.VV. (Dir. PEREZ ALOMSO, M.A.): *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional.* Valencia 2015. Editorial Tirant lo Blanch.

GARCIA ORTEGA, J.: “Acción protectora: las contingencias protegidas”. En AA.VV. *Derecho de la Seguridad Social.* Valencia 2018, 7ª edición. Editorial Tirant lo Blanch.

GARCIA ROMERO, B.: “La gestión de las enfermedades profesionales por las mutuas de accidente de trabajo y enfermedades profesionales”, en *Actualidad Laboral* núm. 5-2011

GARCIA SERRANO, A.; PEDROSA ALQUEZAR, I.: *Vigilancia de la salud de los trabajadores: aspectos clínicos y jurídicos de los reconocimientos médicos en el trabajo.* Madrid 1999. La Ley Actualidad, Biblioteca de Prevención de Riesgos Laborales.

GIL GIL, J.L.: “Globalización y empleo: propuestas de la OIT para un desarrollo sostenible” en *Revista Doctrinal Aranzadi Social*” núm. 11-2014. BIB 2014/118.

GIMENO DÍAZ DE ATAURI, P: “La negociación colectiva en la crisis. Cuánto y sobre que se negocia”, en *Revista de Información Laboral* núm. 2-2015. BIB 2015/584.

GOERLICH PESET, J.M.: “El derecho de la Seguridad Social”, en AA.VV. (Dir. ROQUETA BUJ, R., GARCIA ORTEGA, J.: *Derecho de la Seguridad Social.* Valencia 2016, 5ª edición. Editorial Tirant lo Blanc.

GOMEZ GORDILLO, R.: “El tratamiento de las enfermedades profesionales en la negociación colectiva”, en *Las enfermedades profesionales.* Valencia 2017. Editorial Tirant lo Blanch.

GOMEZ-MILLAN HERENCIA, M.J.: “Marco normativo de las enfermedades profesionales” en AA.VV. en *Las enfermedades profesionales.* Valencia 2017. Editorial Tirant lo Blanch.

GONZALO GONZALEZ, B. y LOPEZ CUMBRE, L. "Aspectos críticos de la protección de los riesgos profesionales en el sistema de la Seguridad Social", en 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, 2000. Editorial Fraternidad-Muprespa y UNED.

GONZALEZ GONZALEZ, C.: "Incidencia del nuevo baremo de tráfico en la fijación de la indemnización por la responsabilidad empresarial derivada de accidente de trabajo", en *Revista Aranzadi Doctrinal* núm. 2-2016. BIB 2016/207.

GONZALEZ MARTINEZ, J.A., *El Trato Privilegiado de las Prestaciones de Origen Profesional. Un intento de que las contingencias profesionales pierdan su especialidad*. Navarra 2017.

GONZALEZ ORTEGA, S.: "Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia". En *Las enfermedades profesionales*. Valencia 2017. Editorial Tirant lo Blanch.

GONZALEZ ORTEGA, S. y APARICIO TOVAR, J.: *Comentarios a la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales*. Madrid 1996. Editorial Trota.

GONZALEZ ORTEGA, S. y CARRERO DOMINGUEZ, C.: "Normativa en materia de prevención de riesgos laborales y delitos contra la seguridad en el trabajo", en AA.VV. (Dir. CORCOY BIDASOLO, M.) *Derecho Penal de la empresa*. Pamplona 2002. Editorial Universidad Pública de Navarra.

HEVIA-CAMPOMANES CALDERON, E., en AA.VV. (HEVIA-CAMPOMANES CALDERON, E., MIRANDA RIVAS, F., VIVANCO BUSTOS, M.C.): *Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales*. Madrid 2000. Editorial Colex.

IGARTUA MIRO, M.T., "La nueva lista de enfermedades profesionales y la inamovilidad respecto de las dolencias derivadas de riesgos psicosociales". *Actualidad Laboral*, núm. 22, 2007, BIB 2007/2718.

IGARTUA MIRO, M.T.: "Comentarios al artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Vigilancia de la salud. BIB 2010/7008.

LAHERA FORTEZA, J.: “Prevención de riesgos laborales de los autónomos tras la Ley 54/2003 y RD 1711/2004”, en *Documentación Laboral*, núm. 70-2004.

LANTARON BARQUIN, D.: “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”. *Relaciones Laborales. Revista Crítica de Teoría y Práctica*. 2008, núm. 9.

LEZUAN M., “Legislación sobre enfermedades profesionales respiratorias”, *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 2005, vol. 28, suplemento 1.

LIMON LUQUE, M.A.: “Determinación de la profesión habitual cuando la enfermedad profesional causante estuvo latente durante largo tiempo” en *Actualidad Laboral*, núm. 16 – 2007.

LOPEZ BALAGUER, M.: “La prevención de riesgos laborales y empresas de trabajo temporal””, en AA.VV. (Directores TOSCANI GIMENEZ, D. y ALEGRE NUENO, M.) *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*. Navarra 2016. Editorial Aranzadi.

LOPEZ BALAGUER, M.: *Prevención de riesgos laborales y ETT*. Valencia 2000. Editorial Tirant lo Blanch.

LOPEZ GANDIA, J. y AGUDO DIAZ J.: *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*. Editorial Bormazo, 3ª edición, Albacete 2007.

LOPEZ GANDIA, J.: “La Prevención de Riesgos Laborales en relaciones no laborales (autónomos y prácticas en empresa)”, en AA.VV. (Directores TOSCANI GIMENEZ, D. y ALEGRE NUENO, M.) *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*. Navarra 2016. Editorial Aranzadi.

LOPEZ GANDIA, J.: “Acción protectora. Las contingencias protegidas”. En AA.VV.: *Curso de Seguridad Social*. Valencia, 2014. Editorial Tirant lo Blanch. 6ª edición.

LOPEZ GANDIA, J.: “Obligaciones de empresarios y trabajadores”, en *Curso de prevención de riesgos laborales*. Valencia 2019. Editorial Tirant lo Blanch.

LOPEZ GANDIA, J.: *Las Mutuas y la Gestión de la Seguridad Social*. Albacete 2006. Editorial Bormazo.

LOPEZ INSUA, B.M.: “La presunción de laboralidad de nuevo a escena: el desprendimiento de retina como accidente de trabajo en caso de uso de pantallas de visualización de datos”, en *Revista de Derecho de la Seguridad Social. Laborum*. Estudios de Doctrina Judicial, núm. 19 (2º Trimestre 2019).

LOPEZ INSUA, B.M.: *La incapacidad temporal en el sistema de la Seguridad Social*. Granada 2014. Editorial Comares.

LOPEZ PIÑERO, J.M.: *Breve historia de la medicina*. Madrid, 2000. Editorial Alianza Editorial.

LUSHNIAK, B.D. The importance of occupational skin diseases in the United States. *Int Arch Occup Environ Health* (2003) 76:325-330.

Lyon-Caen ,G.: *Droit Social Européen*, Paris 1969. Editorial Dalloz

MAGALLON ORTIN, M y PEREZ ALONSO M.A.: *Derecho de la Seguridad Social. Aspectos prácticos*. Valencia 2009. Editorial Tirant lo Blanch.

MARIN MALO, M. “La prevención del consumo de alcohol por parte del trabajador en la negociación colectiva de los años 2016-2017”, en *Revista Información Laboral* núm11/2017. Editorial Aranzadi. BIB 2017/43182.

MARTIN VALVERDE, A: “El accidente de trabajo, formación y desarrollo de un concepto legal” en AA.VV. GONZALO GONZALEZ, B. y NOGUEIRA GUSTAVINO, M. (Directores). *Cien años de Seguridad Social. a propósito del centenario de la Ley de accidentes de trabajo de 30 de enero de 1900*. Madrid 2000. Editorial Fraternidad Muprespa.

MARTINEZ BARROSO, M.R.: “Sobre las enfermedades profesionales no listadas (a propósito de un supuesto de “síndrome de desgaste personal” o de “burn-out”), en *Revista de Derecho Social*, núm. 10,2000.

MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*. Valencia 2002. Editorial Tirant lo Blanc.

MARTINEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades asimiladas al accidente de trabajo en la doctrina de los tribunales*. Editorial Foro de Derecho Social, Consejo General de Colegios de Graduados Sociales de España. 2004.

MARTINEZ BARROSO, M.R.: “El régimen especial de la minería del carbón”, en AA.VV. *Tratado de Derecho de la Seguridad Social*. Tomo II. Murcia 2017. Editorial Laborum.

MARTINEZ BARROSO, M.R.: “El riesgo de accidente laboral en la conducción profesional. Especial referencia al transporte por carretera. en AA.VV. *Siniestralidad y enfermedad laboral en carretera* (Directora AGRA BIFORCOS, B.) Valencia 2017, Editorial Tirant lo Blanch.

MARTINEZ BARROSO, M.R.: “Marco estratégico de la Unión Europea en materia de seguridad y salud, retos y repercusión en el ordenamiento español, en Revista del Ministerio de Empleo y Seguridad Social núm. 138/2018.

MATEOS BEATO, A.: *Diccionario de Seguridad y Salud Laboral. conceptos de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*. Valladolid 2001. Editorial Lex Nova.

MATEU CARRUANA, M^a. J.: “El alcance de la presunción contenida en el artículo 115.3 LGSS y la calificación como laborales de los accidentes acaecidos en el lugar y durante el tiempo de trabajo”, en *Aranzadi Social* núm. 13/1999.

MELENDEZ MORILLO-VELARDE, L.: “Nuevas tecnologías y riesgos psicosociales”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo* núm.184-2016. BIB2016/704.

MERCADER UGINA, J.R.: *El futuro del trabajo en la era de la digitalización y la robótica*. Valencia 2017. Editorial Tirant lo Blanch.

MERCADER UGUINA, J.R.: “La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, veinte años después”, en *Revista de Información Laboral* núm. 8/2015. BIB 2015/4321.

MERCADER UGUINA, J.R. y GARCIA-PERROTE ESCARTIN, I.: “Los reconocimientos médicos obligatorios en la doctrina reciente de los tribunales”, en *Revista de Información Laboral* núm. 5/2017. Editorial Aranzadi. BIB 2017/11176.

MIÑARRO YANINI, M.: “El modelo regulador de las adicciones en los ambientes de trabajo en España: contradicciones y propuestas de cambio”, en *Temas Laborales* núm. 134/2016.

MIÑARRO YANINI, M.: “Promoción de la salud, sí, pero no vinculado al salario por decisión unilateral de la empresa: Comentario a la Sentencia de la Audiencia Nacional 55/2017, de 21 de abril, en *Estudios Financieros. Revista de Trabajo y Seguridad Social: Comentarios, casos prácticos: recursos humanos*, núm. 413-414 2017.

MIRANDA HERRAN, E.: “La enfermedad profesional en los delitos contra la seguridad en el trabajo”, en *Estudios jurídicos* núm. 2011-2011.

MOLINA NAVARRETE, C.: “Nuevo cuadro de enfermedades profesionales, enfermedades del trabajo y riesgos psicosociales. ¿una nueva oportunidad de modernización real perdida?, en *Revista La Mutua* (Fraternidad Mutrespa), núm. 18-2007.

MOLINA NAVARRETE, C.: *Ciberacoso en el trabajo. Cómo identificarlo, prevenirlo y erradicarlo en la empresa*. Editorial la Ley Wolters Kluwer. 2019.

MOLL NOGUERA, R.: “Trabajadores especialmente sensibles y la protección d Ley Prevención de Riesgos Laborales.e menores”, en AA.VV. (Directores TOSCANI GIMENEZ, D. y ALEGRE NUENO, M.) *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*. Navarra 2016. Editorial Aranzadi.

MONEREO PEREZ, J.L. y FERNANDEZ AVILES, J.A. “El sistema jurídico-positivo vigente. Análisis del modelo normativo”, en AA.VV. *Tratado práctico a la legislación reguladora de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Régimen jurídico de la prevención, aseguramiento, gestión y responsabilidad*. Granada 2005. Editorial Comares.

MONEREO PEREZ, J.L. y FERNÁNDEZ AVILÉS J.A.: “Determinación de las contingencias de la Seguridad Social”. *Aranzadi Social*, 2008, núm. 19. BIB 2008/3064.

MONEREO PEREZ, J.L. y SANCHEZ PEREZ, J.: “El recargo de prestaciones en los puestos de acoso laboral”, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 83-2013. BIB 2013/433.

AA.VV. (Coordinador MONTOYA MELGAR, A.) *Curso de Seguridad Social*. Editorial Universidad Complutense de Madrid, 2000.

MORAN ASTORGA, M.C.: *Estrés, burnout y mobbing. Recursos y estrategias de afrontamiento*. Editorial Eolas Ediciones. 2019.

MORENO CALIZ, S.: *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva*. Granada 2008. Editorial Comares.

MORENO CALIZ, S. “La lista española de Enfermedades Profesionales a la luz de recientes textos internacionales” en *Revista del Ministerio de Trabajo e inmigración*, núm. 52, 2004.

MORENO CALIZ, S. “Aproximación al concepto de Enfermedad Profesional”. *Revista del Ministerio de trabajo e inmigración* núm. 22, 2000.

MORENO CALIZ, S. “La tutela de la enfermedad profesional: aspectos controvertidos: aspectos controvertidos”, *Aranzadi Social*, núm. 9, 2001, BIB 2001/990.

MORENO CALIZ, S.: *La enfermedad profesional. Un estudio de su prevención*. Madrid 2002. MTAS-INSHT.

MORENO MARQUEZ, A.: “El tratamiento jurisprudencial de la Enfermedad Profesional” en AAVV (Investigadores responsables BARCELON COBEDO, S.; GONZALEZ ORTEGAS, S.) *Las Enfermedades Profesionales*. Valencia, 2017, Editorial Tirant lo Blanch.

MORENO MARQUEZ, A.: “Riesgo de enfermedad profesional y reconocimientos médicos” en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 6-2011. Editorial Aranzadi. BIB 2011/1348.

MUÑOZ RUIZ, A.B.: “La realidad inventada. Accidente de Trabajo, acoso imaginario”, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 3/2012, paraf. 19/2012. BIB 2012/1006.

NAVAS-PAREJO ALONSO, M.: “Enfermedad profesional y responsabilidad empresarial en materia de prevención de riesgos laborales y de Seguridad Social”, en *Las Enfermedades profesionales*. Valencia 2017. Editorial Tirant lo Blanch.

OJEDA AVILES, A. y GARCIA DE CORTÁZAR Y NEBREDA, C.,” La regulación internacional y europea de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales”. AA.VV. (Dir. MONEREO PEREZ, J.L., MOLINA NAVARRETE, C. y MORENO VIDA, M.N.) en *Tratado práctico a la legislación reguladora de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Régimen jurídico de la prevención, aseguramiento, gestión y responsabilidad*. Granada 2005 .Editorial Comares.

NAVARRO MOROS, M.J. y SALALZAR VAL, M.D.: “Los riesgos psicosociales”, en AA.VV. (Directores TOSCANI GIMENEZ, D. y ALEGRE NUENO, M.) *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*. Navarra 2016. Editorial Aranzadi.

NICHOLSON, P.J. et al. Evidence-based guidelines for the prevention, identification and management of occupational contact dermatitis and urticaria. *Contact Dermatitis*. 2010:63: 177-186

OJEDA AVILES, A., “La convergencia europea en materia de Seguridad Social: los problemas de un Código internacional de prestaciones mínimas”, en *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, núm. 84- 2009.

OJEDA AVILES, A. y GARCIA DE CORTÁZAR Y NEBREDA, C.,” La regulación internacional y europea de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales”. AA.VV. (Dir. MONEREO PEREZ, J.L., MOLINA NAVARRETE, C. y MORENO VIDA, M.N.) en *Tratado práctico a la legislación reguladora de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Régimen jurídico de la prevención, aseguramiento, gestión y responsabilidad*. Granada 2005 .Editorial Comares.

OIT, *Factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control*. Ginebra 1986.

OLEA, A. y PLAZA; T: " Instituciones de la Seguridad Social, Madrid, (Civitas),17ª edición, 2000.

ORDEIG FOS J.M. *El sistema español de Seguridad Social (y de la comunidad europea)*. Madrid, editorial Edersa 1993 5ª edición.

ORIVE SANCHEZ, V.: "La aplicación práctica del principio "non bis in idem" en materia de prevención de riesgos laborales", en AA.VV. (Directores TOSCANI GIMENEZ, D. y ALEGRE NUENO, M.) *Análisis práctico de la Ley Prevención de Riesgos Laborales*. Navarra 2016. Editorial Aranzadi.

OTTING, A.: "Las normas internacionales del trabajo, marco de referencia de la Seguridad Social" en *Revista Internacional del trabajo*. Volumen 112, núm. 3 .1993.

PEDRAJAS MORENO, J. A."La Enfermedad Profesional concepto y manifestaciones." *Justicia Laboral*, 2009, núm. 37.

PEREZ ALONSO, M.A.: *Nueva pensión de viudedad y orfandad en el RGSS (especial referencia a la Ley 40/2007)*. Valencia 2008. Colección laboral núm. 182. Editorial Tirant lo Blanch.

PEREZ ALONSO, M.A.: "Las distintas formas de accidente de trabajo, en AA.VV. (Dir. PEREZ ALONSO, M.A., coord. CORDERO GORDILLO, V): *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. Valencia 2015. Editorial Tirant lo Blanch.

PEREZ ALONSO, M.A.: "El derecho a la seguridad y salud de los trabajadores: aspectos prácticos del recargo de prestaciones", en *Lex social: revista de los derechos sociales* núm. 1-2015.

PEREZ ALONSO, M.A.: "La asistencia sanitaria". En AA.VV. (Dir. ROQUETA BUJ, R., GARCIA ORTEGA, J.): *Derecho de la Seguridad Social*. Valencia 2016. Editorial Tirant.

PEREZ ALONSO, M.A.: "Un riesgo para la salud de los trabajadores: campos electromagnéticos, electrosensibilidad", en *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, núm. 9-2016.

PEREZ ALONSO, M.A.: “La globalización una realidad diferente”, en *Direito e justicia*, núm. IV-2017.

PEREZ ALONSO, M.A.: “La nueva realidad laboral y empresarial. Los nuevos prestadores de servicios y las nuevas tecnologías, robotización, digitalización, inteligencia artificial”, en *Revista Internacional Cosintex de Direit*, núm. VI-2018.

PEREZ ALONSO, M.A.: “Campos electromagnéticos, electrosensibilidad, un riesgo para la salud de los trabajadores”, en *Revista de la Seguridad Social* núm. 9-2016.

PINTO PABÓN, B.: “La protección de la incapacidad temporal y permanente y de la muerte por enfermedad profesional en el sistema de la Seguridad Social”, en *Las Enfermedades Profesionales*. Valencia 2017. Editorial Tirant lo Blanch.

QUILEZ PARDO, A.M.: “Perspectiva Histórica. Del accidente de trabajo a la salud laboral.” A.A.V.V. *El accidente de trabajo y la enfermedad profesional*. Valencia 2015. Tirant lo Blanch.

RAMIREZ MARTINEZ, J. M. y GARCIA ORTEGA, J. “Derecho de la Seguridad Social” en *Curso básico de Derecho del Trabajo*. Valencia 2016, 12ª edición. Editorial Tirant lo Blanch.

RASCON LOPEZ, R.: “Accidentes de trabajo *in itinere* y en misión”, en AA.VV. *Siniestralidad y enfermedad laboral en carretera* (Directora AGRA BIFORCOS, B.) Valencia 2017, Editorial Tirant lo Blanch.

RIZZO LORENZO, G.: “La elasticidad jurisprudencial de catorce palabras. Algunas consideraciones sobre el accidente *in itinere*. *Revista de Información Laboral*, núm. 6, 2015, BIB 2015/2562.

RODRIGUEZ CARDÓ, I.A. y GARCIA MURCIA, J.: “La protección de datos personales en el ámbito de trabajo: una aproximación desde el nuevo marco normativo, en *Nueva Revista Española de derecho del trabajo*, núm. 216-2019.

RODRIGUEZ PASTOR, G. E.: “El recargo de las prestaciones de Seguridad Social en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional” *El accidenten de trabajo y la enfermedad profesional*.

RODRÍGUEZ-PIÑERO y BRAVO FERRER, M.: “Las enfermedades del trabajo en la legislación española”, en *Jornadas sobre enfermedades del trabajo: calificación y prevención*. Madrid 1995. Editorial Muprespa.

RODRIGUEZ RAMOS, M.J. y PEREZ BORREGO, G.: “Grupos especiales de riesgo” en OJEDA AVILES, A., ALARCON CARACUEL, M.R. y RODRIGUEZ RAMOS, M.J. (Coord.) *La prevención de Riesgos Laborales. aspectos clave de la Ley 31/1995*. Pamplona 1996. Editorial Aranzadi.

RODRIGUEZ RAMOS, M.J.: “Acción protectora en el sistema de seguridad Social”. En AA.VV.: *Sistema de Seguridad Social*. Madrid 2005. Editorial Tecnos, 7º edición.

RODRIGUEZ RAMOS, Mª J.: “El convenio 102 de la OIT de norma mínima de la Seguridad Social” en *Revista de trabajo* núm. 98-1990.

RODRIGUEZ SANTOS, E.: “El cuadro de enfermedades profesionales”, en *Las enfermedades profesionales*. Valencia 2017. Editorial Tirant lo Blanch.

RODRIGUEZ SANTOS, E.: “A vueltas con el concepto de accidente de trabajo, en el supuesto de enfermedades comunes manifestadas en tiempo y lugar de trabajo”, en *Revista de Aranzadi Social*, núm. 5-2008. BIB 2008/990.

RODRIGUEZ SANTOS, E.: “Ampliación del concepto de accidente de trabajo en caso de enfermedades previas agravadas”, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, núm. 9/2014. BIB 2014/72.

ROMERO RODENAS, M.J.: “Suicidio de un trabajador ocasionado por la existencia de conflictividad laboral, iniciado con el ejercicio del derecho de huelga: accidente de trabajo”, en *Revista Doctrinal Aranzadi Social* núm. 9-2010. BIB 2012/642.

SALA FRANCO, T.: “La incapacidad temporal” en *Derecho de la Seguridad Social*. Valencia 2018, 7ª edición. Editorial Tirat lo Blanch.

SALCEDO BELTRAN, M.C.: “Conclusiones XXI-3 (2018) del Comité europeo de Derechos Sociales: Evidencias de la “indiferencia” y “resistencia” a la Carta Social Europea”, en *Derecho de las relaciones laborales*, núm. 5-2019.

SANCHEZ PEGO, F.: “La intimidad del trabajador y las medidas de prevención de riesgos laborales” en *Actualidad Laboral*, 1997-II.

SANCHEZ PEREZ, J.: “El síndrome del trabajador quemado (burn out): su contenido y su polémico encuadramiento jurídico-laboral”, en *Revista de Información Laboral* núm. 5-2016. BIB 2016/2727.

SANCHEZ PEREZ, J.: “*Accidentes de trabajo. Análisis jurisprudencial y acción de responsabilidad por daños*”. España 2017. Ediciones Dauro.

SANCHEZ PEREZ, J.: “Ámbito del accidente de trabajo en misión”, en *Revista Doctrinal aranzadi Social*, núm. 9/2014. BIB 2014/71.

SANCHEZ PEREZ, J. y SILVAGGI, F.: “La prevención de riesgos psicosociales: una perspectiva comparada (Italia-España), en *Revista Internacional y comparada de RELACIONES LABORALES Y DERECHO DEL EMPLEO*. Volumen 5, núm. 3 de 2017

SANCHEZ TRIGUEROS, C.: “Enfermedades profesionales atípicas y claves para el encuadramiento de los daños derivados de riesgos psicosociales en el sistema de la protección social: estado de la cuestión”, capítulo IV, en AA.VV. (responsable CAVAS MARTINEZ, F.) *Las enfermedades profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social*. Investigación financiada mediante subvención recibida de acuerdo con lo previsto Orden TAS/940/2007 (FIPROS). Disponible en <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/115799.pdf>.

SANCHEZ TRIGUEROS, C. y KAHALE CARRILLO, D. T.: “Las enfermedades psicosociales y su consideración como enfermedad del trabajo”. en *Anales del Derecho* marzo 2016. Disponible en <http://revista.um.es/analesderecho>.

SANCHEZ-URAN AZAÑA, M.Y. y GRAU RUIZ, M.A.: “El impacto de la robótica, en especial la robótica inclusiva en el trabajo: aspectos jurídico-laborales y fiscales”, Congreso Internacional sobre Innovación Tecnológica y Futuro del Trabajo, 5 y 6 de

abril 2018, en *E-Prints Complutense. El repositorio de la producción académica en abierto de UCM*.

SAN MARTIN RODRIGUEZ, J.: “Introducción: La Organización Internacional del Trabajo y los Derechos Sociales” en *Convenios de la OIT ratificados por España*. (Colección la Tribuna del Derecho). Editorial Laocoonte, Pamplona 2009.

SARAGOSSÀ i SARAGOSSÀ, J.V.: “La gestión del sistema de la Seguridad Social” en AA.VV. (Diret. ROQUETA BUJ, R. y GARCIA ORTEGA, J.) *Derecho de la Seguridad Social*. Valencia 2018. Editorial Tirant lo Blanch.

SEMPERE NAVARRO, A.V.: *La responsabilidad empresarial por accidente de trabajo*. V Congreso Nacional del Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Pamplona 1994.

SEMPERE NAVARRO, A.V. “Accidente de trabajo “in itinere”. En *Revista Doctrinal Aranzadi Social*. 1996. BIB 1996/1435.

SEMPERE NAVARRO, A.V.: “La protección de la enfermedad profesional: planteamientos para su modificación” en *Aranzadi Social* núm. 5/2001. BIB 2001/731.

SEMPERE NAVARRO, A.V.: “La incesante metamorfosis de las mutuas patronales: ideas para el estudio”, en *Tribuna Social: Revista de Seguridad Social y laboral*, núm. 100-1999.

SERRANO PICON, R.: *Las enfermedades profesionales y la Seguridad Social*. Valladolid, 1970. Editorial Lex Nova.

SILVAGGI, F., SANCHEZ PEREZ, J.: “La prevención de los riesgos psicosociales: una perspectiva comparada (Italia-España)” en *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Trabajo*, volumen 5, núm.3-2017.

TALENS VISCONTI, E. E.: “El régimen jurídico de los controles empresariales de detección de sustancias estupefacientes”, en AA.VV. (Directores TOSCANI GIMÉNEZ, D.; ALEGRE NUENO, M.) *Análisis práctico de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*. Navarra 2016. Editorial Aranzadi.

TATAY PUCHADES, C.: “Génesis y evolución de la protección de los accidentes de trabajo”, en *Revista Tribuna Social*, 2000 núm. 109.

TOLOSA TRIBIÑO, C.: “El secreto profesional de los médicos en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales”, en *Relaciones Laborales*, núm. 20-1996.

TORTUERO PLAZA, J.L. y GONZALEZ DEL RIO, J.M.: “La acción protectora del sistema de Seguridad Social, en AA.VV. *Tratado práctico a la legislación reguladora de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Régimen jurídico de la prevención, aseguramiento, gestión y responsabilidad*. Granada 2006. Editorial Comares.

TOSCANI GIMÉNEZ, D.: “Las ampliaciones legales del concepto de accidente de trabajo”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 16/2014. BIB 2014/448.

TOSCANI GIMÉNEZ, D.: “Luces y sombras en la regulación de las enfermedades profesionales”, en *Gestión práctica de riesgos laborales*, núm. 48-2008.

TRONCOSO REIGADA, A.: *La protección de datos personales: en busca del equilibrio*. Valencia 2010 Editorial. Tirant lo Blanch. págs. 682-684.

TURNER, S. et al. The incidence of occupational skin disease as reported to The Health and Occupation Reporting (THOR) network between 2002 and 2005. *Contact dermatitis and Allergy*;

VALDES DAL-RÉ, F. y VALDES ALONSO, A.: “Suicidio y accidente de trabajo” en AA.VV. (Dir. BORRAJO DACRUN, E.) *Accidentes de trabajo y Mutuas*. Madrid 2008. Editorial La Ley.

VALDUEZA BLANCO, M.D.: “EL Convenio núm. 121 de la OIT sobre prestaciones en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional y los mecanismos de control de su aplicación” en *comunicación al XX Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, 25-28 de septiembre de 2012*

VENTURI, A. “Los Fundamentos Científicos de la Seguridad Social”, Madrid (MTSS), 1994.

VESTER, L. et al. Occupational fool-related hand dermatoses seen over a 10 year period. Contact Dermatis – Original Article.

VIDA SORIA, J.: “La Seguridad Social en la constitución de 1978”, en AA.VV.: *Jornadas Técnicas sobre Seguridad Social*. Madrid 1984. MTSS.

PÁGINAS WEB O ENLACES.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?qid=1447165123284&uri=CELEX%3A02006R1907-20150925>

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_726.pdf

LOI n° 2015-136 du 9 février 2015 Relative à la sobriété, à la transparence, à l'information et à la concertation en matière d'exposition aux ondes électromagnétiques. JORF n°0034 du 10 février 2015 page 2346 texte n° 1. Francia:

Le Monde; 2015 [acceso 20 de abril de 2015]. Disponible en:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030212642&dateTexte=&categorieLien=id> ; <http://www.electromagneticos.es/news.php?newsid=66> , vid. TFG “Wifi y salud” 2014/2015, de OLIVIA PEDREÑO FRAILE, Tutor/a: PEDRO MARTÍN VILLAMOR Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería.

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11775/1/TFG-H200.pdf>

https://es.wikipedia.org/wiki/Comisi%C3%B3n_de_Reformas_Sociales

<https://www.elcorreo.com/economia/reconocida-incapacidad-permanente-20200108104642-nt.html>

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11775/1/TFG-H200.pdf>

<http://limitvalue.ifa.dguv.de/>

<http://www.aeemt.com/web/wp-content/uploads/2017/11/Guia-ayuda-enfermedades-profesionales.pdf>

<http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=cf189211714f2510VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=25d44a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>

<http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/4c053fa6-4ed4-4da7-8220-8cd0cdf6f0ee/SISTEMA+DE+ALERTA+2018.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

<http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/f4eefc17-0559-4f2d-bb03-2271f2f463ca/INFORME+ANUAL+2018.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria que publica el INSS. <https://www.amat.es/Ficheros/4452.pdf>
<https://osha.europa.eu/en/publications/reports/esener-ii-first-findings.pdf>

<http://www.biografiasyvidas.com/biografia/b/beveridge.htm>

<http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/vigiTrabajadores/protocolos.htm>

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_112634.pdf

<https://www.insst.es/-/estrategia-espanola-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-2015-20-1>

<https://www.insst.es/estrategias-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo>

Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020.

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/ESTRATEGIA%20SST%2015_20.pdf

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_112634.pdf

https://www.google.com/search?q=soft+law+definition&rlz=1C1GGRV_enES748ES748&oq=soft+law&aqs=chrome.4.69i57j69i59j0l4.7720j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

<https://www.insst.es/estrategias-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo>

https://elpais.com/diario/2003/07/01/sociedad/1057010402_850215.html

https://www.unece.org/fileadmin/DAM/trans/danger/publi/ghs/ghs_rev06/Spanish/ST-SG-AC10-30-Rev6sp.pdf

[https://eur-lex.europa.eu/legal-](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?qid=1447165123284&uri=CELEX%3A02006R1907-20150925)

[content/ES/TXT/?qid=1447165123284&uri=CELEX%3A02006R1907-20150925](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?qid=1447165123284&uri=CELEX%3A02006R1907-20150925)

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_726.pdf

[https://eur-lex.europa.eu/legal-](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?qid=1447165123284&uri=CELEX%3A02006R1907-20150925)

[content/ES/TXT/?qid=1447165123284&uri=CELEX%3A02006R1907-20150925](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?qid=1447165123284&uri=CELEX%3A02006R1907-20150925)

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_726.pdf

[https://w6.seg-](https://w6.seg-social.es/PXWeb_pxwebesEnfermedades%20profesionalesrxid=f3e2cdb-c90a-4c23-8fe1)

[social.es/PXWeb_pxwebesEnfermedades%20profesionalesrxid=f3e2cdb-c90a-4c23-8fe1](https://w6.seg-social.es/PXWeb_pxwebesEnfermedades%20profesionalesrxid=f3e2cdb-c90a-4c23-8fe1)

[http://www.seg-](http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/InformacionUtil/5300/7855/887/1166/1169)

[social.es/wps/portal/wss/internet/InformacionUtil/5300/7855/887/1166/1169](http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/InformacionUtil/5300/7855/887/1166/1169)

JURISPRUDENCIA

TRIBUNAL DE JUSTICIA DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

Sentencia Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (Sala Tercera), de 14 de junio 2007 (TJCE 2007,141).

TRIBUNAL DE JUSTICIA DE LA UNIÓN EUROPEA

Sentencia Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 5 marzo 2015 (asunto C-343/13).

Sentencia Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 19 de octubre 2017 (asunto C-531/15).

Sentencia Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 19 de septiembre 2018 (asunto C-41/2017).

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

Sentencia Tribunal Constitucional de 20 de diciembre de 1993 (recurso núm. 1990/375).

Sentencia Tribunal Constitucional 16 de diciembre 1996 (recurso núm. 1789/1996).

Auto del Tribunal Constitucional 272/1998 de 3 de septiembre

Sentencia Tribunal Constitucional de 22 de abril 2002, (recurso núm. 182/1998).

Sentencia Tribunal Constitucional de 6 de mayo 2002 (recurso núm. 403/1997).

Sentencia Tribunal Constitucional 15 de noviembre 2004 (recurso núm. 1322/2000).

Sentencia Tribunal Constitucional 27 de marzo 2007 (recurso núm. 1623/2002).

Sentencia Tribunal Constitucional 2 de julio 2007 (recurso núm. 7142/2004).

Sentencia Tribunal Constitucional 24 de septiembre 2007 (recurso núm. 4487/2005).

Sentencia Tribunal Constitucional de 23 de marzo 2009 (recurso núm. 2826/2004)

Sentencia Tribunal Constitucional de 29 de junio 2009 (recurso núm. 9914/2006)

Sentencia Tribunal Constitucional de 14 de marzo 2011 (recurso núm.2420/2007).

TRIBUNAL SUPREMO

Sentencia Tribunal Supremo de 17 de junio de 1903.

Sentencia Tribunal Supremo 29 de noviembre 1913.

Sentencia Tribunal Supremo 24 de noviembre 1924.

Sentencia Tribunal Supremo 8 de junio 1927.

Sentencia Tribunal Supremo 8 de julio 1929.

Sentencia Tribunal Supremo 3 de octubre 1929.

Sentencia Tribunal Supremo 2 de diciembre 1929.

Sentencia Tribunal Supremo 24 de enero de 1936 (RJ 1936/165).

Sentencias Tribunal Supremo de 31 de marzo 1952 (RJ 673).

Sentencias Tribunal Supremo de 1 de julio 1954 (RJ 1840).

Sentencia Tribunal Supremo de 29 de marzo 1962 (RJ 1384).

Sentencia Tribunal Supremo 19 de febrero 1963 (RJ 849)

Sentencia Tribunal de 2 de diciembre 1969 (RJ 5673).

Sentencia Tribunal Supremo de 29 de octubre 1970 (RJ 4336)

Sentencia Tribunal Supremo 29 de octubre 1971 (RJ 4037),

Sentencia Tribunal Supremo de 20 de diciembre de 1972.

Sentencia Tribunal Supremo 15 de febrero 1973.

Sentencias Tribunal Supremo 15 de diciembre 1973.

Sentencia Tribunal Supremo de 26 de abril 1974 (RJ 1762).

Sentencia Tribunal Supremo 28 de noviembre 1974 (RJ 4659).

Sentencia Tribunal Supremo 16 de abril 1975 (RJ 2066/1975).

Sentencia Tribunal Supremo 8 de octubre de 1975 (RJ 3786/1975).

Sentencia Tribunal Supremo de 27 de diciembre de 1975.

Sentencia Tribunal Supremo de 25 de junio 1981 (RJ 1981/2884).

Sentencia Tribunal Supremo 18 de enero 1983 (RJ 1983/93).

Sentencia Tribunal Supremo 10 de febrero 1983 (RJ 580)

Sentencia Tribunal Supremo 28 de abril 1983 (RJ 1983/1888).

Sentencia Tribunal Supremo de 15 de julio 1983 (RJ 1983/3798).

Sentencia Tribunal Supremo 6 de octubre 1983 (RJ 1983/5053).

Sentencia Tribunal Supremo de 21 de diciembre 1983 (RJ 1983/6386).

Sentencia Tribunal Supremo 21 de mayo 1984 (RJ 1984/3054).

Sentencia Tribunal Supremo de 9 de octubre 1984 (RJ 1984/5762).

Sentencia Tribunal Supremo 11 febrero 1985 (RJ 1985/633).

Sentencia Tribunal Supremo 20 de marzo 1985 (RJ 1985/ 1356).

Sentencia Tribunal Supremo de 22 de marzo 1985 (RJ 1985/1374).

Sentencias Tribunal Supremo 24 de abril 1985 (RJ 1985/ 1912).

Sentencia Tribunal Supremo 9 de mayo 1985 (RJ 1985/2685).

Sentencia Tribunal Supremo de 31 de mayo 1985 (RJ 1985/2797).

Sentencia Tribunal Supremo 19 de noviembre de 1985 (RJ 1985/5811).

Sentencia Tribunal Supremo 27 de enero 1986 (RJ 1986/285).

Sentencia Tribunal Supremo 12 marzo de 1986 (RJ 1986/1309).

Sentencia Tribunal Supremo 25 de marzo 1986 (RJ 1986/1514).

Sentencia Tribunal Supremo 19 mayo 1986 (RJ 1986/2578).

Sentencia Tribunal Supremo 22 de septiembre 1986 (RJ 1986/ 5025).

Sentencia Tribunal Supremo 25 de septiembre 1986 (RJ 1986/5175).

Sentencia Tribunal Supremo 29 de septiembre 1986 (RJ 1986/5202).

Sentencia Tribunal Supremo de 28 de noviembre 1986 (RJ 1986/6526).

Sentencia Tribunal Supremo 2 de febrero de 1987 (RJ 1987/752).

Sentencia Tribunal Supremo 9 de marzo 1987 (RJ 1987/1362).

Sentencia Tribunal Supremo 6 de mayo 1987 (RJ 3257).

Sentencia Tribunal Supremo 11 de junio de 1987 (RJ 1987/4337).

Sentencia Tribunal Supremo 21 de abril 1988 (RJ 1988/3010).

Sentencia Tribunal Supremo 4 noviembre 1988 RJ 1988/8529).

Sentencia Tribunal Supremo 26 de diciembre 1988(Tol 2356105).

Sentencia Tribunal Supremo 19 de febrero 1990 (RJ 1990/1115).

Sentencia Tribunal Supremo 11 de abril 1990 (RJ 1990/3465).

Sentencia Tribunal Supremo 24 de mayo 1990 (RJ 1990/4498).

Sentencia Tribunal Supremo 20 de junio 1990 (RJ 1990/5498).

Sentencia Tribunal Supremo 25 de enero 1991 (recuso núm. 373/1990).

Sentencia Tribunal Supremo 13 de febrero 1991 (recurso núm. 873/1990).

Sentencia Tribunal Supremo 19 julio 1991 (recurso núm. 1341/1990).

Sentencia Tribunal Supremo de 25 septiembre de 1991 (recurso núm. 460/1991)

Sentencia Tribunal Supremo de 28 de enero 1992 (recurso núm. 1333/1990).

Sentencia Tribunal Supremo de 3 de marzo 1992 (recurso núm. 8809/92).

Sentencia Tribunal Supremo 4 de junio 1992, (recurso núm. 336/1991).

Sentencia Tribunal Supremo 24 de septiembre 1992, (recurso núm. 2750/1991).

Sentencia Tribunal Supremo 27 de octubre 1992, (recurso núm. 1901/1991).

Sentencia Tribunal Supremo 5 de noviembre 1992, (recurso núm. 462/1991).

Sentencia Tribunal Supremo 25 de noviembre 1992 (recurso núm. 2669/1991).

Sentencia Tribunal Supremo 23 de marzo 1993 (recurso núm. 2686/1993).

Sentencia Tribunal Supremo 24 de mayo 1994 (AR 4296).

Sentencia Tribunal Supremo de 27 de junio 1994 (recurso núm. 3521/1993) Sentencia Tribunal Supremo de unificación de doctrina de 27 de octubre 1992 (RJ 1992 7844).

Sentencia Tribunal Supremo 28 de octubre 1994 (recurso núm. 1066/1994).

Sentencia Tribunal Supremo de 22 de diciembre 1994 (recurso núm. 3359/1993).

Sentencias Tribunal Supremo de 27 de noviembre 1995 (recurso núm. 1213/1995).

Sentencia Tribunal Supremo 27 de diciembre 1995 (RJ 1995 9846).

Sentencias Tribunal Supremo 15 de febrero 1996 (recurso núm. 2149/1995)

Sentencia Tribunal Supremo de 21 de noviembre 1996 (recurso núm. 465/1996).

Sentencia Tribunal Supremo 18 de diciembre 1996 (recurso núm. 2343/1996).

Sentencia Tribunal Supremo de 14 de julio 1997 (recurso núm. 892/1996).

Sentencia Tribunal Supremo 11 de diciembre 1997 (recurso núm. 1215/1997)

Sentencia Tribunal Supremo 18 de febrero 1998 (recurso núm. 2343/1996).

Sentencia Tribunal Supremo 4 de mayo 1998 (recurso núm.932/1997).

Sentencia Tribunal Supremo 4 de mayo 1998 (RJ 4091).

Sentencia Tribunal Supremo 14 de diciembre 1998 (Tol 46604).

Sentencia Tribunal Supremo de 18 de marzo 1999 (recurso núm. 5194/1997).

Sentencia Tribunal Supremo de 23 de julio 1999 (recurso núm. 3044/1998).

Sentencia Tribunal Supremo de 23 de diciembre 1999 (recurso núm. 2930/1998).

Sentencia Sala General del Tribunal Supremo 1 de febrero 2000, (recurso núm. 200/1999).

Sentencia Tribunal Supremo 15 de mayo 2000 (recurso núm. 1803/1999).

Sentencia Tribunal Supremo 11 de julio 2000 (recurso núm. 3303/1999).

Sentencia Tribunal Supremo 28 de septiembre 2000 (recurso núm. 2255/1999).

Sentencia Tribunal Supremo 28 de septiembre 2000 (recurso núm. 3690/99).

Sentencia Tribunal Supremo 24 de septiembre 2001 (recurso núm. 3414/2000).

Sentencia Tribunal Supremo de 8 de octubre 2001 (recurso núm. 4403/2000).

Sentencia Tribunal Supremo de 11 de junio 2001 (recurso núm. 457/1999).

Sentencia Tribunal Supremo 25 de noviembre 2002 (recurso núm. 235/2002).

Sentencia Tribunal Supremo 13 de octubre 2003 (Recurso núm. 1819/2002).

Sentencia Tribunal Supremo de 13 de octubre 2003 (recurso núm. 4466/2002).

Sentencia Tribunal Supremo 9 de diciembre 2003 (recurso núm. 2358/2002).

Sentencia Tribunal Supremo 30 de enero 2004 (recurso núm. 3221/2002).

Sentencia del Tribunal Supremo 30 de junio 2004 (recurso núm. 4211/2003).

Auto Tribunal Supremo 9 de septiembre 2004 (recurso núm. 5101/2003).

Sentencia Tribunal Supremo 18 de enero 2005 (recurso núm. 6590/2003).

Sentencia Tribunal Supremo 8 de marzo 2005 (recurso núm. 4330/2003).

Sentencia Tribunal Supremo 14 de abril 2005 (recurso núm. 1850/2004).

Sentencia Tribunal Supremo 25 de abril 2005 (recurso núm. 2198/2003).

Sentencia Tribunal Supremo 1 de junio 2005 (recurso núm. 1613/2004).

Sentencia Tribunal Supremo de 22 de julio 2005 (recurso núm. 1333/2004).

Sentencia Tribunal Supremo 20 de septiembre de 2005 (recurso núm. 4031/2004).

Sentencia Tribunal supremo 16 de diciembre 2005 (Recurso núm.3344/2004).

Sentencia Tribunal 20 de diciembre de 2005 (recurso núm. 1945/2004).

Sentencia Tribunal Supremo 25 de enero 2006 (284/2004).

Sentencia Tribunal Supremo 25 de enero 2006 (recurso núm. 2840/2004).

Sentencia Tribunal Supremo de 9 febrero 2006 (recurso núm. 4100/2004).

Sentencia Tribunal Supremo 14 de febrero de 2006 (recurso núm. 2990/2004).

Sentencia Tribunal Supremo de 20 de febrero 2006 (recurso núm. 4145/2004).

Sentencia Tribunal Supremo 9 de mayo 2006 (recurso núm. 2932/2004).

Sentencia Tribunal Supremo 14 de julio 2006 (recurso núm. 1945/2004).

Sentencia Tribunal Supremo 13 de noviembre 2006 (recurso núm. 2539/2005)

Sentencia Tribunal Supremo 20 de noviembre 2006 (recurso núm. 3387/2005).

Sentencia Tribunal Supremo 28 de diciembre 2006 (recurso núm. 140/2005)

Sentencia Tribunal Supremo de 18 de enero de 2007 (recurso núm. 2827/2005).

Sentencia Tribunal Supremo 25 de enero 2007 (recurso 3641/2005).

Sentencia Tribunal Supremo 6 de marzo 2007 (recurso 3415/2005).

Sentencia Tribunal Supremo 20 de marzo 2007 (recurso núm. 609/2006).

Sentencia Tribunal Supremo 29 de marzo 2007 (recurso núm. 210/2006).

Sentencia Tribunal Supremo 10 de julio 2007 (recurso núm. 54/2006).

Sentencia Tribunal Supremo 12 de julio 2007 (recurso núm. 938/06).

Sentencia Tribunal Supremo 25 de septiembre 2007 (recurso núm. 5452/2005).

Sentencia Tribunal Supremo de 27 de septiembre 2007 (recurso núm. 853/2006).

Sentencia Tribunal Supremo 20 de diciembre de 2007 (recurso núm. 2579/2006).

Sentencia Tribunal Supremo 22 de enero 2008 (recurso núm.4756/2006)

Sentencia Tribunal Supremo 27 de febrero 2008 (recurso núm. 2716/2006)

Sentencia Tribunal Supremo 27 de febrero 2008 (recurso núm. 2716/2006).

Sentencia Tribunal Supremo de 13 de marzo 2008 (recurso núm. 4592/2006).

Sentencia Tribunal Supremo de 26 de junio 2008 (recurso núm. 3406/2006).

Sentencia Tribunal Supremo de 17 de febrero 2009, (recurso núm. 4320/2007).

Sentencia Tribunal Supremo de 26 de mayo 2009 (recurso núm. 2304/2008).

Sentencia Tribunal Supremo de 8 de octubre 2009 (recurso núm. 1871/2008).

Sentencia Tribunal Supremo de 20 de octubre 2009 (recurso núm. 1810/2008).

Sentencia Tribunal Supremo de 23 de febrero 2010 (recurso núm. 2348/2009).

Sentencia Tribunal Supremo de 30 de junio 2010 (recurso núm. 4123/2008).

Sentencia Tribunal Supremo de 19 de marzo 2010 (recurso núm. 1469/2009).

Sentencia Tribunal Supremo de 19 de julio 2010 (recurso núm. 2698/2009).

Sentencia Tribunal Supremo de 22 de julio 2010 (recurso núm. 1241/09).

Sentencia Tribunal Supremo de 22 de julio 2010 (recurso núm. 4049/2009).

Sentencia Tribunal Supremo de 20 de diciembre de 2007 (recurso núm. 2579/2006).

Sentencia Tribunal Supremo 18 de enero 2011(recurso núm. 3558/2009).

Sentencia Tribunal Supremo de 9 de mayo 2011 (recurso núm. 4280/2010).

Sentencias Tribunal Supremo 21 de septiembre 2011 (recurso núm. 3971/2010).

Sentencias Tribunal Supremo 14 de febrero 2012 (recurso núm. 2159/2011).

Sentencia Tribunal Supremo 14 de marzo 2012 (recurso núm. 4360/2010).

Sentencia Tribunal Supremo 14 de marzo 2012 (recurso núm. 494/2011).

Sentencia Tribunal Supremo 20 de marzo 2012 (recurso núm. 1470/2011).

Sentencia Tribunal Supremo 4 de octubre 2012 (recurso núm. 3402/2011).

Sentencia Tribunal Supremo 4 de diciembre 2012 (recurso núm. 3711/2011).

Sentencia Tribunal Supremo 15 de enero 2013 (recurso 1152/2012).

Sentencia Tribunal Supremo 12 de febrero 2013 (recurso 1376/2012).

Sentencia Tribunal Supremo 12 de junio 2013 (recurso 793/12).

Sentencia Tribunal Supremo 3 de julio 2013 (recurso núm. 1899/2012).

Sentencia Tribunal Supremo 18 de diciembre 2013 (recurso núm. 726/2013).

Sentencia Tribunal Supremo 26 de diciembre 2013 (recurso núm. 2315/2012).

Sentencia Tribunal Supremo de 27 de enero 2014 (recurso núm. 3179/2012).

Sentencia Tribunal Supremo 11 de febrero 2014 (recurso núm. 42/2013).

Sentencia Tribunal Supremo 12 de febrero 2014 (recurso núm. 898/2013).

Sentencia Tribunal Supremo 29 de abril 2014 (recurso núm. 1521/2013).

Sentencia Tribunal Supremo 23 de junio 2014 (recurso núm. 1257/2013)

Sentencia Tribunal Supremo 20 de octubre 2014 (recurso núm. 3138/2013).

Sentencia Tribunal Supremo 5 de noviembre 2014 (recurso núm. 1515/2013).

Sentencia Tribunal Supremo 18 de noviembre 2014 (recurso núm. 3084/2013).

Sentencia Tribunal Supremo 14 de diciembre 2014 (recurso núm. 3138/2013).

Sentencia Tribunal Supremo de 17 de febrero 2015 (recurso núm. 1219/2014).

Sentencia Tribunal Supremo 23 de marzo 2015 (recurso núm. 2057/2014).

Sentencia Tribunal Supremo 20 de abril 2015 (recurso 1487/2014).

Sentencia Tribunal Supremo 18 de mayo 2015 (recurso núm. 1643/2014).

Sentencia Tribunal Supremo 19 de mayo 2015 (recurso núm. 3002/2013).

Sentencias Tribunal Supremo de 10 de junio 2015 (recurso 178/2014).

Sentencia Tribunal Supremo 23 de junio 2015 (recurso núm. 944/2014).

Sentencia Tribunal Supremo de 2 de febrero 2016 (recurso núm. 3959/2014).

Sentencia Tribunal Supremo 8 de marzo 2016 (recurso núm. 644/2015).

Sentencia Tribunal Supremo de 26 de abril 2016 (recurso núm. 2108/2014).

Sentencia Tribunal Supremo de 1 de julio 2016 (recurso núm. 2955/2014).

Sentencia Tribunal Supremo de 26 de abril 2016 (recurso núm. 2108/2014).

Sentencia Tribunal Supremo 27 de septiembre 2016 (recurso núm. 1671/2015).

Sentencia Tribunal Supremo 7 de febrero 2017 (recurso núm. 536/2015).

Sentencia Tribunal Supremo 14 de febrero 2017 (recurso núm. 838/2015).

Sentencia Tribunal Supremo 28 de febrero 2017 (recurso núm. 1694/2015).

Sentencia Tribunal Supremo 20 de abril 2017 (recurso núm. 1826/2015).

Sentencia Tribunal Supremo 21 de junio 2017 (recurso núm. 2820/2015).

Sentencia Tribunal Supremo 17 de julio 2017 (recurso núm. 1652/2016).

Sentencia Tribunal Supremo 1 de diciembre 2017 (recurso núm. 3892/2015).

Sentencia Tribunal Supremo 28 de febrero 2017 (recurso núm. 1694/2015).

Sentencias Tribunal Supremo de 7 de marzo 2018 (recurso núm. 42/2017).

Sentencia Tribunal Supremo de 20 de marzo 2018 (recurso núm. 2942/2016).

Sentencias Tribunal Supremo de 9 de mayo 2018 (recurso núm. 114/2018).

Sentencia Tribunal Supremo de 12 de junio 2018 (recurso núm. 1740//2017).

Sentencia Tribunal Supremo de 21 de junio 2018 (recurso núm. 3144/2016).

Sentencia Tribunal Supremo de 18 de julio 2018 (recurso núm. 1064/2017).

Auto Tribunal Supremo de 18 de septiembre 2018 (recurso núm. 155/2018).

Auto Tribunal Supremo de 27 de septiembre 2018 (recurso núm. 1131/2018).

Sentencia Tribunal Supremo de 18 de diciembre 2018 (recurso núm. 4300//2017).

Sentencia Tribunal Supremo de 8 de enero 2019 (recurso núm. 2590/2016).

Sentencia Tribunal Supremo de 21 de enero 2019 (recurso núm. 4009/2016).

.Sentencia Tribunal Supremo de 28 de febrero 2019 (recurso núm. 508/2017).

Sentencia Tribunal Supremo de 21 de marzo 2019 (recurso núm. 3091/2017).

Sentencia Tribunal Supremo de 13 de noviembre 2019 (recurso núm. 3482/2017).

Sentencia Tribunal supremo de 21 de noviembre 2019 (recurso núm. 1834/2019).

TRIBUNALES SUPERIORES DE JUSTICIA

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Las Palmas 9 de marzo 1993 (recurso núm. 74/1993).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia Cantabria 27 de octubre 1993 (AS 1993 4411).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia Comunidad Valenciana de 19 de julio de 1995 (recurso núm. 2276/1993).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 19 de marzo 1996 (recurso 1033/1995).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de País Vasco 17 de mayo 1996 (recurso núm. 1132/1995).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Granada, 29 de octubre 1996 (recurso núm. 1410/1994).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Murcia 17 de febrero 1997 (AS 1997 925).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 30 de mayo 1997 (AS 1997/2241).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 7 de octubre 1997 (recurso núm. 3626/1996).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 16 de octubre 1998 (AS 1998 4206)

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cantabria 7 de julio 1999 (recurso núm. 299/1998).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia del País Vasco 2 de noviembre 1999 (recurso 1320/1999).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León, Burgos, de 25 de enero 2000 (recurso núm. 850/1999).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León, Burgos, de 20 de marzo 2000 (recurso núm. 95/2000).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Aragón 15 de mayo 2000 (recurso núm. 282/1999).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cantabria de 27 de julio de 2000 (recurso núm. 1734/1998).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia del País Vasco 2 de noviembre 1999 (recurso 1320/1999).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León, Burgos, de 25 de enero 2000 (recurso núm. 850/1999).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León, Burgos, 20 de marzo 2000 (recurso núm. 95/2000).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Comunidad Valenciana 7 de noviembre 2000 (AS 2001/1374).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cantabria de 5 de marzo 2001(recurso núm. 823/1999).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia Aragón de 18 de junio 2001 (recurso núm. 797/2000).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Aragón 26 de noviembre 2001 (recurso núm. 281/2001).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 26 de noviembre de 2001 (recurso núm. 104/2000).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 3 de diciembre de 2001 (recurso núm. 290/2001).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia de 10 de diciembre de 2001 (recurso núm.1209/2001).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Andalucía - Sevilla de 27 de febrero de 2002 (recurso núm. 3715/2001).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cantabria de 18 de abril de 2002 (recurso núm.446/2000).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Andalucía-Granada de 14 de mayo de 2002 (recurso núm. 2126/2001).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia del País Vasco 11 de junio 2002 (recurso núm. 1028/2002).

Sentencia Tribunal Superior del País Vasco de 10 de septiembre 2002 (recurso núm. 1337/2002).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cantabria 6 de noviembre 2002 (recurso núm. 162/2002).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 15 de noviembre de 2002 (Recurso núm. 9559/2001).

Sentencia Tribunal Superior Justicia de Aragón de 10 de marzo de 2003, (recurso núm. 1003/2002).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 13 de mayo 2003 (recurso núm. 630/2002).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Aragón, de 16 de junio de 2.003 (recurso núm. 55/2003).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Burgos, 2 de julio 2003 (recurso núm. 607/2003).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 3 de diciembre de 2001 (recurso núm. 290/2001).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Extremadura 4 de julio 2003 (recurso núm. 409/2003).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cantabria de 8 de octubre 2003 (recurso núm. 482/2003).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Madrid 22 de diciembre 2003 (recuso núm. 4868/2003).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Murcia, de 16 de febrero 2004 (recurso núm. 146/2004).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, de 30 de marzo de 2004 (JUR 2004/154808).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Madrid 17 de mayo 2004 (recurso núm. 1010/2004).

Sentencia Tribunal Superior Justicia de Castilla y León, Valladolid, de 26 de noviembre de 2004 (recurso núm. 1322/2004).

Sentencia Tribunal Superior Justicia de la Comunidad Valenciana 14 de diciembre 2004 (Recurso núm. 3763/2004).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 20 de enero 2005 (recurso núm. 6118/2003).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 11 de marzo de 2005 (recurso núm. 4052/2003.)

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 14 de abril de 2005, (recurso núm. 2716/2004).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 15 de abril de 2005 (recurso núm. 852/2005).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 20 de abril de 2005 (recurso núm. 4136/2004).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 12 de mayo de 2005 (recurso núm. 4338/2004).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 1 de junio de 2005 (recurso núm. 1666/2004).

Sentencia Tribunal de Justicia de Castilla y León, Valladolid, de 19 de septiembre 2005 (recurso núm. 1520/2005).

Sentencia Tribunal de Justicia de Castilla y León, Valladolid, de 21 de septiembre 2005 (recurso núm. 1630/2005).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia Castilla-León, Burgos, de 6 de octubre 2005 (recurso núm. 664/2005).

Sentencia Tribunal Superior Justicia del País Vasco 21 de febrero 2006 (Recurso núm. 2568/2005).

Sentencia Tribunal Superior Justicia del País Vasco de 2 de marzo de 2006 (recurso núm. 2449/2005)

Sentencia Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 22 de marzo de 2006 (recurso núm. 2776/2005).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 28 de marzo de 2006 (recurso núm. 5719/2005).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia Castilla-León, Valladolid, 25 de septiembre 2006 (recurso núm. 1508/2006).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 23 de octubre 2006 (recurso núm. 375/2002).

Sentencia Tribunal Superior Justicia del País Vasco 31 de octubre 2006 (recurso núm. 1506/2006).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Madrid 7 de abril de 2008 (recurso núm. 808/2008).

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sevilla, de 22 de abril 2008 (recurso núm. 2183/2007)

Sentencia Tribunal Superior de Justicia Castilla-León, Valladolid, 15 de abril 2009 (recurso núm. 193/2009).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cantabria 18 de abril 2007 (recurso núm. 254/2007).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 30 de octubre de 2007 (recurso núm. 881/2007).

Sentencia Tribunal Superior Justicia de la Comunidad Valencia 1 de septiembre 2008 (recurso núm. 3739/2007).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Madrid 14 de noviembre 2008 (recurso núm. 3394/2008).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Madrid 7 de abril de 2008 (recurso núm. 808/2008).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid, de 29 de octubre 2008 (recurso núm. 1228/2008).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 27 marzo 2009 (recurso núm. 2652/2008).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 23 septiembre 2009 (recurso núm. 753/2009).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sevilla, 12 de noviembre 2009 (recurso núm. 3978/2008).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia Castilla-León, Burgos 3 de diciembre 2009 (recurso núm. 659/2009).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Asturias 15 de enero 2010 (recurso núm. 2862/2009).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia del País Vasco 26 de enero 2010 (recurso núm. 2475/2009).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 27 de enero 2010 (recurso núm. 6698/2008).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Burgos, 6 de julio 2010 (recurso núm. 381/2010).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sevilla 8 de octubre 2010 (recurso núm. 1488/2009).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 25 de octubre 2010 (recurso núm. 100/2010).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 26 de octubre 2010 (recurso núm. 2057/2010).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid, 10 de noviembre 2010 (recurso núm. 1384/2010).

Sentencia Tribunal Superior Justicia de Cataluña de 21 de enero 2011 (recurso núm. 4058/2009).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Madrid 19 de mayo 2011 (recurso núm. 1661/2011),

Sentencia Tribunal Superior de Justicia Andalucía, Sevilla, 22 de septiembre 2011 (recurso núm. 186/2011).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia Castilla y León, Valladolid 8 de noviembre 2011 (recurso núm. 758/2011).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 6 de febrero de 2012

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Aragón 13 de junio 2012 (recurso núm. 270/2012).

Sentencia Tribunal Superior de Cataluña 13 de julio 2012 (recurso núm. 6897/2011).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia del País Vasco 6 de noviembre 2012 (recurso núm. 2258/2012).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid, 12 de diciembre 2012 (recurso núm. 1557/2012)

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Galicia 23 de diciembre 2012 (recurso suplicación 4824/2011).

Sentencia Tribunal Superior de Cataluña de 17 de enero 2013 (recurso núm. 5891/2012).

Sentencia Tribunal Superior de la Comunidad Valenciana de 24 de enero 2013 (recurso núm. 3092/2012).

Sentencia Tribunal Superior de Cataluña de 17 de enero 2013 (recurso núm. 5891/2012).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 14 de marzo 2013 (recurso núm. 844/2012).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Asturias 3 de mayo 2013 (recurso núm. 147/2013).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 14 de mayo 2013 (recurso núm. 3565/2012).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (Sala de lo Contencioso-Administrativo) 27 de mayo 2013 (recurso núm. 379/2010)

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 13 de julio 2013 (recurso 1846/2013).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 23 de julio 2013 (recurso núm. 1575/2013).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 22 de octubre 2013 (recurso núm. 7237/2012).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Galicia 25 de noviembre 2013 (recurso núm. 4147/2011).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 14 de febrero 2014 (recurso núm. 122/2014).

Sentencia Tribunal Superior de Castilla y León, Burgos, 20 de febrero 2014 (recurso núm. 86/2014).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Asturias 7 de marzo 2014 (recurso núm. 262/2014).

Sentencia Tribunal de Justicia de Asturias de 21 de marzo 2014 (recurso núm. 464/2014).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 11 de abril 2014 (recurso núm. 2848/2014).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cantabria de 19 de mayo 2014 (recurso núm. 167/2014).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 12 de junio 2014 (recurso núm. 618/2014).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Málaga, de 12 de junio 2014 (recurso núm. 471/2014).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 19 de septiembre 2014 (recurso núm. 837/2014).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 30 de septiembre 2014 (recurso núm. 836/2014),

Sentencia Tribunal Superior de Cataluña de 9 de enero 2015 (recurso núm. 1387/2013).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña Sala de lo Contencioso Administrativo 12 de marzo 2015 (recurso núm. 958/2012).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de marzo 2015 (recurso núm. 766/2014).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Granada, 26 de marzo 2015 (recurso núm. 2825/2014).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia del País Vasco 21 de abril 2015 (recurso núm. 564/2015).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, Albacete, 21 de mayo 2015 (recurso núm. 1499/2014).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Madrid 9 de septiembre 2015 (recurso núm. 185/2015).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 22 de septiembre 2015 (recurso núm. 1406/2015).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia del País Vasco 20 de octubre 2015 (recurso núm. 1702/2015),

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 26 de octubre 2015 (recurso núm. 4319/2015).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Galicia, La Coruña, de 25 de noviembre 2015 (recurso núm. 5218/2014).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia del País Vasco 15 de diciembre 2015 (recurso núm. 1888/2015).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de enero 2016 (recurso núm. 731/2015).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 25 de enero 2016 (recurso núm. 4608/2015).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla- La Mancha 18 de marzo 2016 (recurso núm. 824/2015).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León, Burgos, 6 de abril 2016 (recurso 156/2016).

Sentencia Tribunal Superior de Galicia de 29 de junio 2016 (recurso núm. 2715/2015).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Madrid 6 de julio 2016 (recurso núm. 327/2016).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de septiembre 2016 (recurso núm. 535/2016).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 29 septiembre 2016 (recurso núm. 3513/2016).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sevilla, de 17 de noviembre 2016 (recurso núm. 3008/2015).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sevilla, 30 de noviembre 2016 (recurso núm. 3258/2015).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha 14 de diciembre 2016 (recurso núm. 46/2106).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Las Islas Baleares, Palma de Mallorca, 12 de enero 2017 (recurso núm. 406/2016).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de La Rioja 9 de febrero 2017 (recurso 42/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sevilla, de 1 de marzo 2017 (recurso núm. 1139/2016).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 24 de marzo 2017 (recurso núm. 4/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 3 de abril de 2017 (recurso núm. 7280/2016).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León, Burgos, 25 de abril 2017 (recurso núm. 273/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 4 de mayo 2017 (recurso núm. 6409/2016).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana 8 de junio 2017 (recurso núm. 2091/2016).

Sentencia Tribunal Superior de Cataluña 4 de julio 2017 (recurso núm. 2144/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 6 de julio 2017 (recurso núm. 2197/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Andalucía, Sevilla, 7 de septiembre 2017 (recurso núm. 2433/2016).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 18 de septiembre 2017 (recurso núm. 3189/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia Castilla-León, Burgos, de 20 de septiembre 2017 (recurso núm. 487/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 31 de octubre 2017 (recurso núm. 1196/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 29 de septiembre 2017(recurso núm. 1208/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 18 de enero 2018 (recurso núm. 2614/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 31 de enero 2018 (recurso núm. 3986/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 6 de febrero 2018 (recurso núm. 74/2018).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de 7 de febrero 2018 de Galicia (recurso 4457/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid, 15 de febrero 2018 (recurso núm. 1614/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Extremadura 6 de marzo 2018 (recurso núm. 55/2018).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 26 de abril 2018 (recurso núm. 4803/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Galicia 7 de mayo 2018 (recurso núm. 5257/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 9 de mayo 2018 (recurso núm. 2117/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Galicia 11 de mayo 2018 (recurso núm. 732/2018).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Galicia 14 de mayo (recurso núm. 362/2018).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia Baleares 18 de mayo 2018 (recurso 70/2018).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León, Valladolid, 7 de junio 2018 (recurso núm. 16/2018).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Granada, 7 de junio 2018 (recurso núm. 2670/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 28 de junio 2018 (recurso núm. 1308/2018).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, Albacete, 26 de julio 2018 (recurso núm. 1071/2017).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 28 de septiembre 2018 (recurso núm. 3545/2018).

Sentencia Tribunal de Justicia del País Vasco 15 de enero de 2019 (recurso núm. 2505/2018).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, Barcelona, de 12 de febrero 2019 (recurso núm. 5908/2018).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 6 de marzo 2019, de la sección primera de la Sala de lo Contencioso-administrativo (recurso núm. 450/2018).

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sevilla, de 4 de abril 2019 (recurso núm. 111/2018).

JUZGADO DE LO SOCIAL

Sentencia Juzgado de lo Social núm. 24 de Madrid de 24 de mayo 2011 (procedimiento núm. 1389/2010).

Sentencia Juzgado de lo Social núm. 16 de Valencia de 26 de febrero 2018 (procedimiento 1054/2017).

