



# PATOLOGÍA LABORAL

**Claves para el  
diagnóstico y  
gestión administrativa**



**Marco A. Gandarillas  
Fernando Quijano**



**CONSEJERIA DE SANIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES**

**Marco A Gandarillas.** Doctor en Medicina por la Universidad de Cantabria. Especialista en Medicina del Trabajo y en Hematología Hemoterapia. Master en Investigación Sanitaria y Bioestadística. Es también Técnico de Prevención en las especialidades de Higiene, Seguridad y Ergonomía y Psicosociología aplicada. En la actualidad trabaja en el Servicio de Prevención del SCS para sus Áreas de Salud Torrelavega y Reinosa con sede en el Hospital Sierrallana.

**Fernando Quijano.** Licenciado en Medicina por la Universidad de Cantabria, Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Se formó en Salud Laboral y Atención Primaria en Asturias y en el INSHT entre 1989 y 1993. Coordinó la Unidad de Salud Laboral de la Gerencia de AP de Torrelavega-Reinosa (Cantabria) con funciones de Inspector OSME. Ha participado en diversas publicaciones, foros y actividades docentes en Salud Laboral y Gestión de la IT. Autor del Área de Atención a los Trabajadores del Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y contenido en el Manual para la formación de residentes de semFyC. En la actualidad trabaja en el Centro de Salud Dávila del SCS en el Área de Salud de Santander.

**PATOLOGÍA LABORAL**  
**CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO Y**  
**GESTIÓN ADMINISTRATIVA**

**Marco A. Gandarillas González**  
**Fernando Quijano Terán**

*Con la colaboración del Doctor*  
**Iñigo Fernández**



**CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES**

**Santander, 2005**





Desde la promulgación de la Ley de Prevención Riesgos Laborales en noviembre de 1995 se han producido importantes avances. Cada vez son más las empresas que adoptan estándares de buenas prácticas en la evaluación de riesgos y planificación de la prevención.

No obstante, la patología laboral continua siendo motivo de preocupación. Su aparición supone, sin duda, un fracaso de la prevención; pero su reconocimiento tiene consecuencias positivas para el trabajador afectado y ofrece la posibilidad de investigar sus causas y así evitar su repetición. Permite, por tanto, proteger la salud de otros trabajadores expuestos al mismo riesgo.

Sin embargo, hay evidencias de que la patología laboral y, en concreto, la enfermedad profesional, se encuentra subdeclarada. Entre las diversas causas invocadas figura el que los profesionales de la medicina tienen dificultades para identificarla.

Este documento, elaborado por iniciativa del Plan de Formación 2005 suscrito entre el Servicio Cántabro de Salud y sus Organizaciones Sindicales, pretende facilitar a los profesionales del Servicio Cántabro de Salud, con frecuencia los primeros médicos a los que acude un trabajador aquejado por una enfermedad laboral, los conocimientos necesarios para su identificación. De especial interés, en este sentido, resulta el apartado dedicado a la historia laboral, un aspecto con frecuencia descuidado, y clave para determinar las relaciones entre salud y trabajo.

Confío que este manual resultado del trabajo entusiasta de dos facultativos del Servicio Cántabro de Salud, Marco Gandarillas y Fernando Quijano, además de servir como guía de consulta para mejorar el diagnóstico de la patología laboral en los trabajadores que acuden con sus problemas de salud a nuestras consultas, contribuya a incrementar la conciencia sobre los riesgos laborales y a impulsar mejores y más rigurosas políticas preventivas en nuestra Comunidad.

**CHARO QUINTANA PANTALEÓN**

Consejera de Sanidad y Servicios Sociales

GOBIERNO DE CANTABRIA

## **PATOLOGÍA LABORAL: CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA**

**Autores:** Marco A. Gandarillas González  
Fernando Quijano Terán

**Edita:** Gobierno de Cantabria  
Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales: Servicio Cántabro de Salud

**Depósito Legal:** SA-1114-2005

**Imprime:** Gráficas Quinzaños  
Conde Torreanaz 6, 39300 Torrelavega

**Torrelavega 2005**

## **Presentación**

Este manual proporciona conocimientos básicos para identificar y diagnosticar los daños a la salud derivados del trabajo que con más frecuencia se observan en las consultas de Atención Primaria y Especializada del Servicio Cántabro de Salud (SCS).

Está dirigido a profesionales de la Medicina que desean adquirir o actualizar sus conocimientos en patología laboral y su gestión administrativa.

La lectura del texto, con reflexión detenida, proporciona el conocimiento necesario para mantener una actitud de alerta efectiva ante una eventual patología laboral, recogiendo los datos necesarios en la historia clínica que permiten apoyar el diagnóstico en un informe clínico-laboral.

Para seguir su contenido no se necesitan conocimientos previos de toxicología, de técnicas de prevención ni de legislación sanitaria o de seguridad social, ya que su enfoque es eminentemente práctico. No se trata de un manual exhaustivo que incluya patologías por agentes o elementos raros cuyo estudio es más propio para el Médico del Trabajo, sino que a medida que se avanza en su estudio se van asimilando los principios básicos que permiten detectar la patología laboral más prevalente en los usuarios trabajadores del SCS. No se ha pretendido ser exhaustivos, el lector encontrará en otras fuentes información detallada sobre entidades que aquí sólo se señalan de forma sintética.

El manual se ha diseñado para facultativos que han de conocer los conceptos jurídicos de accidente de trabajo y enfermedad profesional y como se aplican en la practica asistencial a la patología laboral prevalente en una época donde la incidencia de ésta es elevada: del orden del 15% de las consultas de atención primaria tienen su causa en el trabajo. Consideramos de especial interés el apartado dedicado a la historia laboral.

Por último, estamos especialmente agradecidos a nuestro amigo Iñigo Fernández, Médico del Trabajo responsable de la recién creada Unidad de Salud Laboral de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Cantabria, por su estímulo y colaboración en la revisión detenida de los contenidos de este documento al que ha realizado valiosas aportaciones basadas en su amplia experiencia personal.

LOS AUTORES

## **Organización**

El manual comienza señalando el concepto actual de Salud y Seguridad y la Normativa preventiva que se aplica en el campo de la Prevención de Riesgos Laborales y en la Medicina del Trabajo. A continuación muestra su contenido más importante: los conceptos jurídicos de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional señalados en la Ley General de la Seguridad Social. Es necesario leer con atención y reflexionar este apartado, en especial fijar el concepto de presunción diagnóstica que se aplica a la patología listada como Enfermedad Profesional. En anexo se muestra el cuadro oficial vigente de enfermedades profesionales, que habrá de consultarse con frecuencia en la práctica asistencial para determinar si la patología laboral detectada se encuentra listada.

Se relacionan los riesgos laborales más frecuentes a que se exponen los trabajadores y se introduce a la patología laboral más prevalente que originan. Se enseña como recoger los datos clínicos y epidemiológicos esenciales de la historia clínico-laboral en sus dos estadios básico y detallado, con el fin de poder establecer la conexión entre síntomas y trabajo.

A continuación se pasará a describir de forma sintética, pero suficiente para detectarla en la consulta diaria, la patología laboral más prevalente y a la vez más fácil de relacionar con el trabajo. Una ayuda importante para la práctica asistencial es su presentación relacionada con los grupos y epígrafes del cuadro de enfermedades profesionales vigente.

Por último el manual se centra en la gestión administrativa de la patología laboral, los organismos implicados y las rutas de notificación. También se presenta el concepto de menoscabo, de incapacidad temporal y los distintos tipos de invalidez permanente. Se presentan los datos que justifican que la patología laboral está siendo subdeclarada y atendida en el Servicio Cántabro de Salud como contingencia común.



# **INDICE**

## **I. PATOLOGIA LABORAL: CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO**

- 1. Concepto de Salud y Seguridad en el trabajo**
- 2. Peligro, riesgo, causa y enfermedad**
- 3. Normativa en prevención de riesgos laborales**
- 4. Marco normativo de la enfermedad profesional, accidente de trabajo, enfermedad común y accidente no laboral**
- 5. Riesgos laborales y daños a la salud**
- 6. Aspectos generales de la patología laboral**
- 7. La historia clínico-laboral**
- 8. Patología laboral prevalente**
- 9. Proyecto de nueva lista de enfermedades profesionales**
- 10. fuentes de información adicional**

## **II. PATOLOGÍA LABORAL: GESTIÓN ADMINISTRATIVA**

- 1. Introducción**
- 2. Estudios en salud laboral: condicionantes y consecuencias**
- 3. Incapacidad laboral. La burocracia**
- 4. Conceptos básicos, conflictos y Organismos implicados en la gestión**
- 5. Aspectos de patología laboral en la práctica clínica**
- 6. Situación actual de la contingencia laboral**
- 7. Aspectos en la gestión de la Incapacidad temporal**
- 8. Vigilancia de la salud laboral: diagnóstico y propuestas**



## Abreviaturas frecuentes

AT	Accidente de Trabajo
CCAA	Comunidad Autónoma
CE	Comunidad Europea
dB	Decibelio (Unidad de sonido)
EP	Enfermedad Profesional
EVI	Equipo de Valoración de Incapacidades
FFP	Factor de Filtración Protector
Hz	Hertzio (Unidad de frecuencia)
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IP	Invalidez Permanente
IT	Incapacidad Temporal
LGS	Ley General de Sanidad 14/1986
LGSS	Ley General de la Seguridad Social 1/1994
LPRL	Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995
MATEPSS	Mutua de Acc. de Trabajo y Enf. Profesional de la S. Social
MSC	Ministerio de Sanidad y Consumo
mSV	Milisievert (Unidad de Radiación Ionizante)
MTAS	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
OIT	Organización Internacional del Trabajo
RD	Real Decreto
RIR	Radiación Infrarroja
RUVA	Radiación Ultravioleta
SPS	Servicios Públicos de Salud
UE	Unión Europea
UVM	Unidad de Valoración Médica de Incapacidades
VLA	Valor Límite Ambiental



## Capítulo I

# CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

***«He observado que algunos gestos  
antinaturales y posturas prolongadas  
dañan la máquina humana, enfermando  
más los sastres que los mensajeros»***

*Bernardino Ramazzini (1700):  
De Morbis Artificum Diatriba  
(Tratado de las enfermedades de los artesanos)*

**Marco A. Gandarillas**  
**Especialista en Medicina del Trabajo**



# 1

## CONCEPTO DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

La primera legislación que menciona la regulación de las condiciones de trabajo surge en España a finales del siglo XIX dando lugar a lo que luego se denominó el Derecho del Trabajo. Fue una normativa que tuvo como contenido la Seguridad e Higiene en el Trabajo, siendo ésta la denominación tradicional con la que se ha conocido esta materia desde sus orígenes hasta casi la actualidad, y que aún pervive al ser recogida en la Constitución de 1978 en su artículo 40.2 y en el Estatuto de los Trabajadores en los artículos 4 y 19.

Con la denominación clásica de *Seguridad e Higiene en el Trabajo*, el término Seguridad venía a hacer referencia al conjunto de medidas de prevención y protección frente al accidente laboral y el de Higiene a las medidas médico-higiénicas a aplicar para evitar la enfermedad originada por los agentes físicos químicos o biológicos presentes en el ambiente de trabajo.



La anterior normativa comienza a ser sustituida a partir de los años 80 cuando a nivel internacional se acepta una nueva denominación, la de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Esta es la denominación que ya se utiliza en el convenio de la OIT nº 155 sobre *Seguridad y Salud de los Trabajadores y Medio Ambiente en el Trabajo*, y que España ratificó en 1985. También figura tal denominación en la normativa de la Unión Europea, especialmente a partir de su "Directiva Marco" 89/391/CEE relativa a la aplicación de las medidas para promover la mejora de la Seguridad y Salud de los trabajadores. Esta directiva tuvo como fin armonizar las legislaciones de los Estados miembros de la Unión Europea en esta materia, estableciendo, con carácter de mínimo e indisponible, los principios generales de la Prevención de riesgos laborales en su ámbito geográfico.

La denominación actual de Seguridad y Salud en el Trabajo encierra una amplia concepción de la prevención de riesgos laborales donde los objetivos son más ambiciosos con respecto a la clásica Seguridad e Higiene en el Trabajo.

El término Seguridad mantiene su acepción primaria: lo exento de todo peligro, daño o riesgo de accidente laboral. El concepto Salud implica un concepto más amplio e integral que el de Higiene cuando la Organización Mundial de la Salud define la Salud como el “estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad”.

De este modo, la Prevención de Riesgos Laborales tiene unos objetivos más amplios, la Seguridad en el Trabajo entendida como el control o reducción máxima del riesgo de accidente de trabajo, y la Salud en el Trabajo que tiene como fin promover no sólo la protección frente a la clásica enfermedad profesional sino también el bienestar físico y psíquico del trabajador y su salud integral. De igual forma, la visión sobre los factores de riesgo en el trabajo es más amplia, ya que no sólo comprende los tradicionales factores de riesgo como son los mecánicos por máquinas o por contaminantes químicos, físicos o biológicos, si no que estudia también los derivados del diseño de los puestos de trabajo (ergonomía), de los aspectos psicosociales (estrés, *burnout*, *mobbing*) o de la propia organización de las tareas (trabajo a turnos o nocturno).

Esta nueva denominación de Seguridad y Salud en el Trabajo y este nuevo enfoque de la Prevención de Riesgos Laborales son los que se incorporan a la legislación española con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995.



## PELIGRO, RIESGO, CAUSA Y ENFERMEDAD

### I. PELIGRO Y RIESGO

En prevención es conveniente diferenciar entre peligro y riesgo. Por peligro, o factor de riesgo, se entiende la propiedad intrínseca de algo para ocasionar un daño, y por riesgo la posibilidad de que un peligro origine un daño. Para evaluar el nivel de riesgo de un peligro se valora conjuntamente la probabilidad de que éste se materialice en un daño y la gravedad del mismo. Por ejemplo una instalación eléctrica es un peligro y el riesgo es la probabilidad de que la electricidad produzca un daño. Así, el nivel de riesgo puede ser elevado si las conexiones de pared están en mal estado o si no dispone de diferenciales (*automáticos*), o puede ser muy bajo riesgo si la instalación está bien realizada y mantenida. Es decir una condición de trabajo muy peligrosa puede tener un bajo nivel de riesgo si cuenta con la medidas de prevención adecuadas.

### II. CAUSA Y ENFERMEDAD

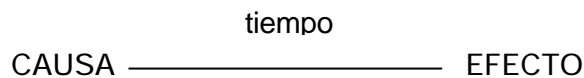
La búsqueda de una explicación para el origen de la enfermedad (causalidad) supuso establecer la Medicina como disciplina científica. La teoría de la causalidad ha definido varios posibles modelos para explicar una enfermedad que pueden aplicarse también a la patología laboral:

- La enfermedad laboral se produce por una causa necesaria y suficiente siguiendo un modelo determinista. Eliminando la causa se evita la enfermedad y con su presencia se desarrolla la enfermedad. Es el caso de la exposición crónica a un ambiente ruidoso superior a 90 dB (A): evitando el ambiente no se desarrollará la sordera neurosensorial y la exposición al mismo hará que se desarrolle la enfermedad.
- La enfermedad laboral se produce por la presencia de una causa necesaria y suficiente pero siguiendo un modelo probabilístico (estocástico). Eliminando la causa se evita la enfermedad, pero su presencia no siempre determina la patología sino que ésta surge de forma aleatoria. Así, eliminando la exposición a amianto se evita el mesotelioma pleural, pero la exposición no implica el desarrollo de la neoplasia ya que en su aparición también influye también una cierta sensibilidad personal.

- La enfermedad se produce por la coexistencia de una causa necesaria pero insuficiente junto con otras causas contribuyentes. La enfermedad se evita eliminando la causa necesaria o alguna de las contribuyentes (concausas). Por ejemplo, una epicondilitis precisa movimientos repetidos de pronosupinación y de fuerza contra resistencia.

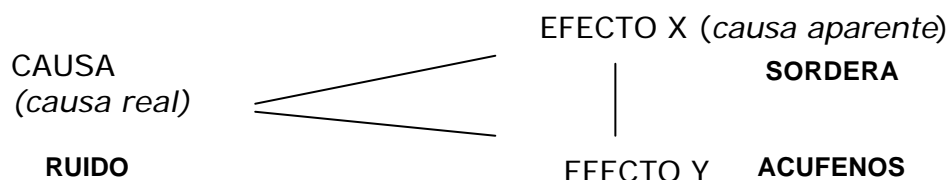
De la teoría de la causalidad surge el concepto de *factor de riesgo* (o peligro) como la variable que origina la enfermedad. Tres condiciones han de darse para que la relación entre dos variables sea de tipo causa-efecto, y han de tenerse en cuenta al evaluar la eventual relación entre una exposición laboral y daño:

1. TEMPORALIDAD. La variable causa debe preceder a la variable efecto



2. ASOCIACIÓN. Existe una variación conjunta entre causa y efecto: variando los niveles de exposición a la causa varía la incidencia del efecto.

3. AUSENCIA DE ESPURIEDAD. No debe existir una tercera variable que explique la relación por ser la verdadera causa. Es lo que en epidemiología se conoce como "*factor de confusión*". La asociación entre la posible causa estudiada y el efecto observado es sólo aparente ya que ambos se relacionan por ser efectos de una tercera variable que es la verdadera causa. Así la sordera profesional no produce acúfenos, sino que ambos son efectos de una misma causa: la exposición prolongada a un ruido ambiental elevado.



Los factores de riesgo (o peligros) pueden ser genéticos, laborales, por hábitos tóxicos, de estilo de vida o medioambiente. Además, con frecuencia interactúan entre sí. Así, los factores de riesgo laborales se integran con el resto de factores a los que se somete un trabajador. Es decir, con frecuencia la causalidad laboral no puede dissociarse de la causalidad derivada del estilo de vida, predisposición genética o medioambiental.

El factor de riesgo laboral interactúa con el resto de factores de riesgo no laborales, pero con potencial propio para alterar el equilibrio entre la salud y enfermedad. Un factor de riesgo laboral participa en varios modelos causales:

1. El factor de riesgo es causa necesaria y suficiente para generar la enfermedad (p.e. exposición a ruido y sordera sensorial).

2. El factor de riesgo coadyuva con otros factores no laborales o concausas (p.e. epicondilitis en un carpintero tras uso intensivo de un destornillador y que practica deporte de bolos en su tiempo de ocio).
3. El factor de riesgo laboral es la causa que desencadena los síntomas de una patología común latente (p.e. un tubero que utiliza herramientas de apriete presenta un síndrome del túnel carpiano. En el acto quirúrgico se detecta la presencia de amiloidosis en el canal carpiano).
4. El factor de riesgo agrava o descompensa una enfermedad común (p.e. un trabajador con lumboartrosis asintomática presenta lumbalgia aguda tras manipular una carga).
5. El factor de riesgo laboral interactúa de forma sinérgica con un factor de riesgo no laboral. (p.e. el riesgo de carcinoma bronquial por exposición a amianto es más frecuente en fumadores).

Puesto que no es ético exponer a los trabajadores a contaminantes de forma experimental los estudios de investigación causal en el ámbito laboral son de observación: de cohortes, casos y controles o prevalencia. Por tanto, al estudiar una eventual relación entre exposición laboral y enfermedad conviene tener en cuenta los criterios epidemiológicos de causalidad que Bradford Hill señaló para estudios observacionales. Los criterios más potentes que probarían la relación causal entre exposición y daño son los cuatro primeros del siguiente cuadro.

#### **Criterios de causalidad en estudios observacionales**

<b>Criterio</b>	<b>Comentario</b>
<b>Temporalidad</b>	La causa precede al daño
<b>Fuerza de asociación</b>	Riesgo relativo elevado al comparar la proporción de daño en expuestos y no expuestos
<b>Gradiente</b>	Al aumentar el nivel de exposición aumenta la incidencia de la enfermedad
<b>Consistencia</b>	La asociación se ha observado también en otras poblaciones, en otro lugar y tiempo
<i>Reversibilidad</i>	<i>Al disminuir la exposición disminuye el efecto</i>
<i>Plausibilidad</i>	<i>Tiene sentido biológico de acuerdo con el conocimiento científico del momento</i>
<i>Analogía</i>	<i>La relación observada es ya conocida para otras enfermedades análogas a la estudiada</i>



### 3

## NORMATIVA EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Con la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 en febrero de 1996 se estableció en España un nuevo marco jurídico para la Salud y Seguridad en el trabajo.

La Ley se fundamenta en el desarrollo del mandato constitucional del artículo 40.2 que encomienda a los Poderes Públicos velar por la Seguridad e Higiene en el trabajo. Se pretende que el "*derecho al trabajo*" (artículo 35 CE) se realice con garantía del "*derecho fundamental a la vida e integridad física y moral de la persona*" (artículo 15 CE).

Por otro lado, la Ley de Prevención se justifica por la necesidad de incorporar al derecho español el marco jurídico de la UE en prevención, al ser la transposición de la Directiva 89/391/CE relativa a "*Promover la mejora de la Salud y Seguridad del trabajador en su trabajo*". Esta directiva ha armonizado el marco jurídico de la prevención de riesgos laborales en todo el ámbito geográfico de la UE.

Por último, la Ley pretende ser el marco de referencia para toda la normativa española que aplica a la prevención de riesgos laborales, dándole una visión unitaria e integral. Sus principios generales se han incorporado a toda la normativa posterior que se ha ido desarrollando para riesgos específicos.

### 2.1 La normativa de prevención

Conforme al artículo 1 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales es normativa preventiva:

- La propia Ley de Prevención 31/1995
- Sus Reglamentos de desarrollo aprobados por el Gobierno y
- Cuantas otras normas legales o convencionales contengan prescripciones relativas a la salud y seguridad en el trabajo. Gran parte de esta normativa es anterior a la propia Ley de Prevención como se verá a continuación.

En consecuencia, y conforme a la definición, la normativa preventiva es amplia:

- La LPRL 31/1995 que encomienda al empresario identificar los peligros de su ámbito laboral, evaluar su nivel de riesgo y adoptar cuantas medidas sean

necesarias para la protección eficaz de sus trabajadores. Entre éstas se encuentran las de formar e informar sobre los riesgos, dotar de equipos de trabajo seguros y de protección eficaces, diseñar medidas de emergencia, vigilar la salud de los trabajadores, considerar al trabajador sensible y a la trabajadora embarazada y coordinarse en prevención con las empresas que concurren en el lugar de trabajo.

- Los Reglamentos, que se han desarrollado frente a riesgos específicos como los que aplican a trabajadores expuestos a agentes químicos, biológicos, ruido, radiación ionizante o a la manipulación manual de cargas, entre otros.
- Otras normas, legales o convencionales (p.e. convenios, pactos), con referencias al campo de la Salud y Seguridad en el trabajo. Entre las normas que ya estaban vigentes en la fecha de entrada en vigor de la Ley de Prevención en febrero de 1996 y que contienen prescripciones importantes en Salud y Seguridad laboral se encuentran:

- La Ley General de Sanidad 14/1986

Con su capítulo IV dedicado a la Salud Laboral.

- La Ley de Industria 21/1992

Con la amplia normativa de "*seguridad en el producto*" aplicable a la puesta en el mercado de máquinas, aparatos, agentes químicos o medios de protección. También contiene un amplio campo "*jurídico-técnico*" para instalaciones de protección (p.e. contra-incendios) y de servicios (p.e. electricidad, gas, aparatos de elevación o ventilación). Es evidente que la correcta aplicación de esta normativa es clave para mantener unas condiciones seguras en lugares y puestos de trabajo.

- La Ley General de la Seguridad Social 1/1994 (LGSS)

Recoge los conceptos jurídicos clave de *accidente de trabajo* (art. 115), *enfermedad profesional* (art. 116), *enfermedad común* y *accidente no laboral* (art.117). Son conceptos que tienen interés particular para un médico ya que las definiciones de *enfermedad profesional*, *accidente de trabajo* son jurídicas y no clínicas. Y estos conceptos gobiernan la adecuada atención de un trabajador con una eventual patología laboral y su correcta gestión y notificación.

Hay que recordar que en la atención a un paciente con patología laboral se implican varias partes: paciente, médico que le asiste, empresario, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) como Entidad gestora del seguro o la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEPSS) que colabora con el mismo.

Conviene señalar que el Reglamento de los Servicios de Prevención (Real Decreto 39/1997) en su Capítulo VII insta a la colaboración de estos Servicios con el Servicio Público de Salud (SPS) en el diagnóstico y tratamiento de la patología laboral, además de participar en las campañas sanitarias y epidemiológicas que se organicen desde el propio SPS.

Por otro lado, los Médicos del Trabajo integrados en los Servicios de Prevención realizarán una vigilancia individual y epidemiológica de los daños a la salud de origen laboral que identifiquen en su ámbito asistencial. Colaborarán en mantener el Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral (SISAL) que se promueva desde la Administración Sanitaria, y que en el momento de redactar este manual está aún en fase de proyecto.

Se relaciona a continuación un extracto de la amplia normativa que se aplica en el campo de la Salud y Seguridad en el Trabajo.

## **LEY DE PREVENCIÓN 31/1995** (*Modificada por la Ley 54/2003*)

### Reglamentos de desarrollo de la Ley 31/1995

**Real Decreto 39/1997.** Reglamento de los **Servicios de Prevención**

**Real Decreto 1488/1998.** Adaptación de normativa preventiva a la Administración

**Real Decreto 707/2002.** Actuación de la Inspección en la Administración

**Real Decreto 486/1997.** Seguridad y salud en los **lugares de trabajo**

**Real Decreto 1215/1997.** Seguridad y salud en el uso **de equipos de trabajo**

**Real Decreto 614/2001.** Protección de trabajadores frente al **riesgo eléctrico**

**Real Decreto 773/1997.** Uso de **equipos de protección individual**

**Real Decreto 1316/1989.** Protección de trabajadores frente al **ruido**

**Real Decreto 664/1997.** Protección de trabajadores frente a **agentes biológicos**

**Real Decreto 374/2001.** Protección de trabajadores frente a **agentes químicos**

**Real Decreto 487/1997.** **Manipulación manual de cargas**

**Real Decreto 488/1997.** **Uso de pantallas de visualización de datos**

**Real Decreto 1627/1997.** Seguridad y salud en **obras de construcción**

### Otra legislación con prescripciones relativas a la Salud y Seguridad en el trabajo

**Ley General de Sanidad 14/1986**

**Ley de Industria 21/1992**

**Ley General de la Seguridad Social 1/1994.**







## MARCO NORMATIVO DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL, ACCIDENTE DE TRABAJO, ENFERMEDAD COMÚN Y ACCIDENTE NO LABORAL

Desde un punto de vista médico cabe entender por enfermedad laboral el resultado del lento deterioro de la salud por exposición a contaminantes laborales físicos, químicos o biológicos. Además, los principios generales por los que se rige el diagnóstico clínico e histopatológico de una patología laboral no difieren del que se practica en otros campos de la medicina asistencial.

Sin embargo, ante una eventual patología laboral hay que tener presentes los conceptos jurídicos contenidos en la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) para su adecuada calificación administrativa como accidente de trabajo (art. 115) o enfermedad profesional (art. 116). Estos conceptos permiten segregarla de la *enfermedad común* y el *accidente no laboral* (art. 117), entidades ajenas al ámbito del trabajo y conocidas como contingencias comunes.

Así, la LGSS define la enfermedad común y el accidente no laboral de una forma residual: "*lo que no sea accidente de trabajo o enfermedad profesional*". Sin embargo, el médico en su práctica asistencial pocas veces mantiene un nivel de alerta mínimo para detectar la patología laboral, incluso cuando cabe sospecharla de entrada al encontrarse ante una patología con un patrón epidemiológico atípico (p.e. un cáncer de pulmón en un no fumador).



Para la adecuada asistencia al paciente trabajador con una probable patología laboral es importante conocer los conceptos jurídicos de accidente de trabajo y enfermedad profesional señalados en la LGSS. El médico del Servicio Público de Salud debe conocerlos pero no calificarlos con rotundidad, por cuanto puede generar unas expectativas en el trabajador que luego pueden defraudarse en otras instancias.

Conviene saber que ante desacuerdo entre partes implicadas (p.e. empresa, trabajador, INSS y MATEPSS) será un juez de la Jurisdicción del Orden Social quien sentencie con los informes clínico-laborales y periciales pertinentes si la patología es por contingencia laboral o por contingencia común.

## I. Accidente de trabajo

La LGSS entiende en su artículo 115, y con carácter general, por accidente de trabajo (AT) *toda lesión corporal que sufra el trabajador con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.*

A partir de la definición cabe realizar tres consideraciones:

1. El concepto legal de accidente de trabajo contempla tanto una lesión somática como consecuencia de una acción súbita o violenta producida por un agente exterior como cualquier otro daño de carácter psíquico.

2. La inclusión del término con ocasión ha permitido a la Jurisprudencia interpretar de forma más amplia el concepto de accidente de trabajo. Así, no se requiere que la lesión sea consecuencia directa del trabajo, sino que, salvo prueba en contrario (*iuris tantum*) es también accidente de trabajo la patología aguda sobrevenida en el tiempo y en el lugar del trabajo (p.e. un infarto de miocardio, embolia o hemorragia cerebral en la jornada laboral).

Producida la lesión del trabajador en el tiempo y en el centro de trabajo se aplica la presunción de accidente de trabajo. Según la Jurisprudencia, esta presunción no alcanza a la patología aguda que sobreviene al ir o al volver del trabajo (p.e. el infarto al ir o volver del trabajo no sería accidente de trabajo). Así lo recogen diversas sentencias aduciendo que si bien la patología súbita no traumática sucede en el tiempo de trabajo no lo hace en el lugar del trabajo.

3. El accidente de trabajo ha estado asimilado a trabajadores por cuenta ajena vinculados por una relación laboral tal como la define el Estatuto de los Trabajadores, y con la única excepción de los empleados de hogar.

En cuanto a los trabajadores por cuenta propia están incluidos los del Régimen Especial Agrario o del Régimen Especial del Mar, habiendo estado tradicionalmente excluidos los trabajadores del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos. Sin embargo, como consecuencia del Real Decreto 1273/2003 se amplió la protección por accidente de trabajo a los trabajadores autónomos. Este Real Decreto define el accidente de trabajo para este colectivo como aquel que se sufra como consecuencia directa e inmediata del trabajo por cuenta propia. No contempla el término con *ocasión* ni el accidente de trabajo *al ir o volver del trabajo* para los autónomos.

El Real Decreto 1273/2003 señala esta protección para autónomos como voluntaria: se acogerán a ella los que opten por cubrir las prestaciones por

eventual incapacidad temporal derivada de un accidente de trabajo con una entidad colaboradora (MATEPSS).

Así pues, la diferencia fundamental de los trabajadores autónomos con el resto, es que para los primeros la relación causal entre lesión y trabajo ha de ser directa y traumática, sin que se incluya en la definición el inciso "con ocasión" del tiempo de trabajo. Se excluyen, en consecuencia las patologías súbitas no traumáticas sobrevenidas en el trabajo (p.e. infarto) y tampoco incluye los accidentes traumáticos al ir o volver del trabajo, los llamados accidentes *in itinere*.



El artículo 115 en su apartado segundo concreta algunas circunstancias específicas que tienen la calificación de accidente de trabajo. En sombreado se dan algunas observaciones al objeto de clarificar el enunciado.

a) Las lesiones que sufra el trabajador al ir o volver del lugar de trabajo.

*Es lo que se llama accidente in itinere. (iter=camino)*

*La Jurisprudencia configura el accidente "in itinere" como la lesión que no hubiera ocurrido de no haber ido a trabajar, ya que se produce durante el camino a recorrer desde el domicilio al lugar de trabajo o viceversa. La lesión ha de ser traumática (p.e. caída en el portal, accidente de tráfico).*

*Como regla general la Jurisprudencia requiere que el recorrido no se vea interrumpido por motivos de interés particular que rompan la relación causal con la ida o vuelta del trabajo. Aunque hay sentencias que admiten interrupciones justificadas, como desviarse a una farmacia para la compra de medicinas prescritas por un facultativo.*

*No son accidentes in itinere sino accidentes de trabajo puros los llamados accidentes en misión. Éstos son los que sufre el trabajador en los trayectos que recorre durante la jornada para el desempeño de sus funciones o por orden del empresario (p.e. un facultativo se accidenta en el camino cuando se dirigía a prestar una asistencia domiciliaria)*

b) Las lesiones sufridas en el desempeño de cargos electivos sindicales, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar donde se ejerzan tales funciones.

c) Lesiones por tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de órdenes del empresario o de forma espontánea en interés de la empresa.

d) Las acaecidas en actos de salvamento y análogos si tienen conexión con el trabajo.

e) La enfermedad contraída en el trabajo, pero no tipificada como enfermedad profesional según el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social y el Real Decreto 1995/1978, si se prueba que tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.

*Es la denominada Enfermedad Relacionada con el Trabajo. Se contrae por el trabajo pero no reúne los requisitos jurídicos para calificarla como enfermedad profesional (ver apartado siguiente: Enfermedad profesional).*

f) Las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad que se agraven como consecuencia de un accidente de trabajo.

*Un soldador con lumboartrosis presenta lumbalgia aguda tras realizar su actividad en el doble fondo de un buque en condiciones ergonómicas penosas.*

g) Las consecuencias del accidente de trabajo que resulten modificadas por patologías intercurrentes que son complicación del accidente mismo.

*Una hepatitis C crónica postransfusional tras el tratamiento de un politraumatismo por accidente de trabajo es también accidente de trabajo. También lo es una embolia pulmonar por inmovilización de una fractura de origen laboral*

El apartado tercero del artículo 115 abunda de nuevo: *se presumirá, salvo prueba en contrario, que son accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo*. Es decir, "con ocasión del trabajo".

Por último, el apartado cuarto del artículo 115 señala que no tendrán la consideración de accidente de trabajo las lesiones:

a) Debidas a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con el trabajo que se

ejecutaba. En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza.

*De acuerdo con la Jurisprudencia son muy pocas las sentencias que aplican la excepción de fuerza mayor extraña, quedando reducidas a los supuestos de guerra.*

b) Debidas a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador.

*Casos de dolo serían, por ejemplo, los supuestos en los que el trabajador se autolesiona de forma voluntaria con la intención de obtener una prestación de incapacidad temporal por accidente de trabajo.*

*No excluye las lesiones por imprudencia en situación de emergencia o acto de rescate. Con frecuencia las acciones de este tipo tienen algo de heroico y por tanto de imprudencia temeraria.*

## II. Enfermedad profesional

Es también un concepto jurídico, no médico. Según el artículo 116 de la LGSS es enfermedad profesional (EP):

*La contraída a consecuencia del trabajo que se ejecute por cuenta ajena, en las actividades especificadas en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo y esté provocada por elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.*

El cuadro al que se refiere se encuentra en el Real Decreto 1995/1978, por el que se aprobó el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y que tiene sólo dos artículos. El primero, aprueba el cuadro de enfermedades profesionales y se titula: "Lista de enfermedades profesionales con relación de las principales actividades capaces de producirlas" (ver anexo II a este capítulo). La lista recoge en diversos epígrafes los elementos o sustancias causales de enfermedades profesionales y las actividades laborales en que se originan. En el segundo artículo contempla la posibilidad de modificar el propio cuadro.

La lista vigente clasifica las enfermedades profesionales en seis grupos:

- 
- A.** Enfermedad profesional por **agentes químicos**
  - B.** Enfermedad profesional por **patología de la piel por agentes químicos**
  - C.** Enfermedad profesional por **inhalación de agentes químicos**
  - D.** Enfermedad profesional por **agentes biológicos**
  - E.** Enfermedad profesional por **agentes físicos**
  - F.** Enfermedad profesional **sistemática** (*en general neoplásica*)
-

A partir de la definición dada por el art. 116 de la LGSS de enfermedad profesional cabe realizar tres consideraciones:

1. La enfermedad profesional deriva del trabajo por cuenta ajena.

Sin embargo, al igual que para el accidente de trabajo, con el Real Decreto 1273/2003 de 10 de octubre se amplió el ámbito de aplicación de la enfermedad profesional a los Trabajadores Autónomos que de forma voluntaria opten a asegurar las prestaciones de incapacidad por enfermedad profesional con una MATEPSS.

2. La patología debe estar de forma imperativa en el cuadro de enfermedades profesionales.

En cada uno de los seis grupos figuran dos listas: una primera de "agentes y elementos" capaces de provocarlas, y para cada agente o elemento otra sublista de "actividades" donde estudios epidemiológicos observacionales han demostrado la relación causal entre exposición y enfermedad.



El cuadro a veces utiliza cláusulas abiertas, en particular para el Grupo B de enfermedades profesionales de la piel y para el grupo C de enfermedades profesionales por inhalación, lo que de forma muy flexible permite considerar una enfermedad como profesional sin que esté recogido de forma explícita un agente o una actividad laboral concreta en el citado cuadro. Por ejemplo, se señala que es enfermedad profesional la afección cutánea por cualquier sustancia presente en el trabajo y *no considerada en otros apartados*, o la patología respiratoria irritativa por inhalación de *polvos, nieblas, gases o vapores*, sin concretar la naturaleza específica del agente químico ni la actividad laboral.

3. Los elementos o sustancias causales que relaciona el cuadro han de estar presentes en las condiciones de trabajo del paciente para efectuar el diagnóstico de enfermedad profesional.

La enfermedad profesional es por tanto un concepto jurídico de lista cerrada ya que sólo cabe calificar así la patología que cumpla con las condiciones anteriores.

Aunque se han criticado los *sistemas de lista cerrada*, éstos presentan la ventaja de su gran seguridad jurídica al permitir el diagnóstico de enfermedad profesional de presunción automática, según doctrina del Tribunal Supremo. Conforme a tal presunción, se califica como enfermedad profesional de forma irrefutable, sin que quepa admitir pruebas en contrario o de *iuris et de iure*, la

patología de un trabajador cuyo agente o elemento causal esté en el cuadro de enfermedades profesionales, siempre que esté también en su ambiente laboral, incluso si la exposición tuvo lugar tiempo antes, ya que es habitual para la enfermedad profesional un largo período de latencia, como sucede en el caso del cáncer laboral.

El sistema de lista cerrada y la presunción de enfermedad profesional evitan la necesidad de probar el origen laboral y facilita calificación como enfermedad profesional de una patología que cumpla con los tres supuestos legales señalados. Todo ello sin que el médico deba demostrar la siempre difícil relación entre síntomas y trabajo, pues con frecuencia el agente causal está tanto en el medio laboral como fuera del mismo. Por tanto el sistema de lista cerrada simplifica el diagnóstico, agiliza los trámites para acceder a las prestaciones y permite confeccionar registros de enfermedades profesionales por sectores.

Parece más adecuado considerar al cuadro del Real Decreto 1995/1978 como un *sistema mixto*, ya que junto a cláusulas cerradas y bien tasadas de agentes y actividades hay cláusulas abiertas que permiten calificar como enfermedad profesional daños de diverso origen y en diversa actividad con gran flexibilidad.

Por ejemplo, un trabajador de un astillero de reparaciones que realiza en su actividad montaje y desmontaje de andamios acude al médico de atención primaria y le diagnostica epicondilitis del brazo



derecho. Estos síntomas son típicos de la fatiga tendinosa por exposición crónica a sobreesfuerzos físicos de la extremidad superior por uso llaves y herramientas de apriete.

El médico podría dudar sobre el origen de la patología pues dicha alteración podría tener un origen no laboral o quien sabe si el trabajador en su tiempo de ocio practica el tenis. Mediante el sistema de lista cerrada no necesita probar la relación entre la enfermedad y actividad laboral, de manera que la prueba es sustituida por la presunción en que se fundamenta la existencia de la lista de

enfermedades profesionales que actúa como dispensa legal de prueba y da por asumido la conexión entre el trabajo y la dolencia.

El sistema de lista cerrada solo tiene un inconveniente: se desfasa y torna incompleto al aparecer patología laboral por nuevos agentes por lo que exige su actualización periódica. Sin embargo, en estos casos siempre cabe recurrir al amparo del artículo 115.2e de la LGSS (ver epígrafe anterior), aunque en esta circunstancia ya no rige el principio de presunción automática y hay que demostrar con informe clínico-laboral el nexo causal entre el trabajo y el daño causado. A la *enfermedad laboral no listada* en el cuadro de enfermedades profesionales se la ha denominado *Enfermedad Relacionada con el Trabajo* y se notifica como accidente de trabajo (art. 115.2e de la LGSS)

Aunque en España ha mejorado la detección de la enfermedad profesional se tiene la convicción de que su prevalencia es bastante más elevada. Se estima que el número de enfermedades profesionales es hasta ocho veces la actualmente registrada, en particular se aprecia subdeclaración de enfermedad profesional por agentes químicos (Grupo A). Sin embargo las enfermedades por agentes físicos (Grupo E), como los reumatismos laborales originados por movimientos repetitivos, posturas anómalas o sostenidas y manipulación de cargas han aumentado de forma espectacular y se consideran patología laboral emergente.

Por último, señalar que es propio del régimen protector de la enfermedad profesional por el Sistema de Seguridad Social, además de la prestación económica y a prestación sanitaria y gratuita:

- a) La posibilidad de un período de incapacidad temporal de seis meses prorrogable por otros seis denominado de "*observación de enfermedad profesional*" cuando sea necesario para su estudio y diagnóstico definitivo (artículos 128 y 133 de la LGSS 1/1994). Si durante este período el observado debe dejar de trabajar por estar incapacitado su situación es de IT común y recibe una prestación del 75% del salario mientras dure la IT.
- b) La obligación de practicar un reconocimiento médico previo al ingreso del trabajador cuando se le destine a un puesto con riesgo de enfermedad profesional. Reconocimiento obligatorio que condiciona la contratación en caso de que el trabajador resulte no apto (artículos 196 y 197 de la LGSS).
- d) La mejora de las prestaciones económicas por posible recargo del 30 al 50% sobre el empresario infractor. Se aplica si la enfermedad profesional es consecuencia de negligencia grave por ausencia de condiciones de adecuadas de salud y seguridad (artículo 123 de la LGSS).

III. Enfermedad común, accidente no laboral (Ley General de la Seguridad Social; artículo 117)

La LGSS establece los conceptos jurídicos de enfermedad común y accidente no laboral por exclusión o con carácter residual. Califica así las patologías que no tengan la consideración de accidente de trabajo o enfermedad profesional.



En consecuencia, es importante dar la vuelta al proceso diagnóstico seguido en la práctica asistencial. El médico está obligado por la LGSS a buscar el diagnóstico de enfermedad profesional por presunción y no en base a criterios clínicos. Así, ante un proceso se preguntará primero si encaja en la lista de enfermedades profesionales, en segundo lugar si podría probarse su origen laboral (enfermedad relacionada con el trabajo) y calificarlo como accidente de



trabajo. Sólo cuando se responda de forma negativa a las dos cuestiones previas el médico concluirá que el proceso es una contingencia común: enfermedad común o accidente no laboral.

Lo anterior tiene su razón de ser en el fin preventivo y protector de la LGSS: detectar la patología laboral, corregir los factores que la han originado y reparar el daño sufrido al trabajador. Por desgracia, en la consulta asistencial el hábito suele ser el proceso inverso: se piensa de entrada en contingencia común y sólo en casos esporádicos y muy evidentes en la contingencia laboral.

Por ejemplo, un trabajador de 26 años de una empresa que se dedica al montaje de ascensores acude por dolor y limitación en su hombro derecho. Su Médico de Familia diagnostica una tendinitis, le prescribe antiinflamatorios y sesiones de rehabilitación con IT por contingencia común. La evolución es hacia la curación en 3 semanas reincorporándose al trabajo. A los 6 meses acude de nuevo por un cuadro similar. Pauta de nuevo antiinflamatorios con rehabilitación e IT de más larga duración.

El objetivo es identificar la patología laboral y controlar el riesgo que la originó en las condiciones de trabajo. En caso contrario, por mucho esfuerzo que haga el médico por tratar los episodios agudos la evolución natural de una tendinitis laboral tratada como contingencia común es a cronificarse y a desarrollar incapacidad permanente. Este principio es aplicable a cualquier patología laboral.

#### IV. Notificación del accidente de trabajo y de la enfermedad profesional

##### *a) Notificación del accidente de trabajo (Orden TAS/ 2926/2002)*

Ante un accidente de trabajo que ocasiona IT de al menos un día la Empresa lo comunicará a la Entidad gestora (INSS) o Mutua colaboradora en el plazo máximo de cinco días. En el comunicado incluirá datos del accidentado, de la empresa, forma en que se produjo el accidente, agente material, gravedad de la lesión y los datos económicos para el cálculo de la prestación de IT.

En caso de accidente grave por criterio médico o si afecta a más de cuatro trabajadores, la Empresa lo comunicará a la Autoridad Laboral en el plazo de 24 horas por telegrama o medio análogo. La Autoridad Laboral lo comunicará a la Inspección de Trabajo a fin de que se informe sobre las causas y circunstancias del accidente. La Inspección a su vez lo comunicará al Centro de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Comunidad Autónoma.

Los accidentes con lesiones que no causen incapacidad temporal se relacionarán y comunicarán a la Entidad gestora (INSS) o Mutua colaboradora en los cinco primeros días del mes siguiente. Dicho parte comprenderá la relación nominal de accidentados, las fechas y la forma en que se produjeron.

*b) Notificación de la enfermedad profesional (Orden de 13-10-1997; art. 22)*

1. La enfermedad profesional será notificada por la empresa, en general por indicación del facultativo que la diagnóstica en un reconocimiento médico periódico cuya oferta es obligatoria según la Ley de Prevención 31/1995. La notificación la hará en los tres días siguientes a la fecha del diagnóstico a la Entidad gestora (INSS) o Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales con la que hubiere concertado el seguro de contingencia laboral, que a su vez lo informará a la Autoridad Laboral en el plazo de 24 horas siguientes a la recepción.

El parte a cumplimentar por la empresa es el establecido en una norma de 1973 (BOE 22-3-1973). Tiene cuatro apartados que recogen los datos del trabajador, de la empresa actual, de las empresas con riesgo de enfermedad profesional en las que hubiere prestado servicios y de la propia enfermedad. Son de particular interés, y con frecuencia no bien cumplimentados, los apartados 3 y 4 de dicho parte. Es previsible que el parte sea modificado como ya sucedió para el accidente de trabajo en el 2002 siguiendo la directriz de la UE de armonizar los datos estadísticos sobre enfermedades profesionales y de la Ley 31/1995 de Prevención que en su artículo 6.g señala la necesidad de reforma del sistema de notificación de la patología laboral. Se muestra en la página siguiente una reproducción del parte aún vigente para la enfermedad profesional.

2. La enfermedad profesional también puede ser notificada por un facultativo de la Mutua que presta la asistencia sanitaria y cumplimenta el parte de incapacidad temporal por contingencia profesional. Se produce si la empresa sospecha, pero no confirma, en un reconocimiento médico obligatorio periódico que el trabajador padece una enfermedad profesional y emite el PARTE DE ASISTENCIA para que la entidad aseguradora de la contingencia (MATEPSS) la diagnostique y notifique, trate y si es necesario declare en situación de IT por contingencia laboral.

**PARTE DE ENFERMEDAD PROFESIONAL**

(A cumplimentar por cuatriplicado)

Fecha del diagnóstico

Nº documento Asociación

Causó baja?.

SI/NO

Número inscripción Libro Registro Siniestros (3)

**1. DATOS DEL TRABAJADOR**

Apellidos y Nombre			Nº Libro de Matrícula	Nº Afiliación S.S.	Fecha de ingreso en la empresa
Sexo	Estado civil	Fecha de nacimiento	de	Oficio / Categoría Profesional	Total horas de Trabajo puesto de trabajo
Domicilio		Localidad	Provincia	Reglamentación y/o Convenio aplicable	
Lugar de nacimiento		D.N.I.	Trabajos que realizaba al diagnosticarse la enfermedad		Trabajos que realizaba anteriormente

**2. DATOS DE LA EMPRESA**

Nombre o razón social	Plantilla (5)	Actividad	Nº Inscripción S. Social
Domicilio Social	Teléfono	Localidad	Provincia
Ubicación del centro de trabajo	Teléfono	Localidad	Provincia

**3. DATOS DE LAS EMPRESAS CON RIESGO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL EN LAS QUE EL TRABAJADOR HUBIERE PRESTADO SUS SERVICIOS ANTERIORMENTE**

Nombre o razón social	Domicilio Social	Actividad	Fecha de	ALTA: BAJA:

**4. DATOS DE LA enfermedad**

Clase de enfermedad profesional	Descripción de trabajos que se consideran causantes de enfermedad	Tiempo en meses que ha estado expuesto al riesgo		
¿Tiene cartilla sanitaria? (2) SI/NO	Fecha de reconocimiento previo	Fecha del último reconocimiento periódico	Diagnóstico	
Descripción de la enfermedad (Síntomas principales o predominantes. Cuadro clínico)	Grado de enfermedad	Carácter del diagnóstico		
	Leve ..... <input type="checkbox"/>	De certeza ..... <input type="checkbox"/> (6)		
	Grave ..... <input type="checkbox"/>	De presunción ..... <input type="checkbox"/>		
	Muy grave ..... <input type="checkbox"/>			
	Falleció ..... <input type="checkbox"/> (6)			

SELLO DE LA EMPRESA  
(Sellado y fechado)

D. .... en calidad de ..... de la expresada Empresa, expide el presente Parte por cuatriplicado, en ..... a ..... de ..... de 19 ..... (Sello y firma)

*Un ejemplo ilustrativo:*

## ***La PRESUNCIÓN de Enfermedad profesional***

### **Antecedentes**

Un facultativo ingresa en un hospital con el diagnóstico de hepatitis C activa que le lleva a una incapacidad temporal derivada de enfermedad profesional.

Sin embargo, dos meses más tarde se modificó la contingencia de la que derivaba su baja por entender que le correspondía la de enfermedad común. Esta decisión fue recurrida por el médico ante la jurisdicción social.

A continuación se expone la sentencia del tribunal que falla la patología como enfermedad profesional y los fundamentos de Derecho.

### **Sentencia**

#### **TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE CASTILLA-LA MANCHA.**

**(Sala de lo Social) Recurso 1457/1998**

#### **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

##### **Primero**

Frente a la sentencia que desestima la demanda a través de la cual el actor, que ha venido prestando sus servicios como médico para el INSALUD como pediatra solicitaba que su incapacidad temporal (incapacidad temporal) por hepatitis C fuese declarada como enfermedad profesional, muestra su oposición con el presente recurso de suplicación que sustenta como motivo el apartado D del Anexo del Real Decreto 1995/1978 por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social, en relación con el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social.

##### **Segundo**

(...)

En primer lugar no cabe duda alguna que la enfermedad padecida por el actor, hepatitis C vírica activa, se encuentra expresamente incluida en el Real Decreto 1995/1978 en concreto en el **apartado D** en el cual se integran las enfermedades infecciosas y parasitarias del personal que se ocupa de la prevención, asistencia y cuidado de enfermos y en la investigación: *trabajos de personal sanitario y auxiliar que contacten con estos enfermos, tanto en instituciones cerradas, abiertas y servicios a domicilio.*

Y siendo ello así a los efectos de analizar si tal inclusión viene a establecer una presunción a favor del origen profesional de una enfermedad habrá que estar a la reiterada doctrina sustentada por el Tribunal Supremo en numerosas Sentencias en las que, el Alto Tribunal viene a consolidar la doctrina de que la diferencia entre la enfermedad laboral del artículo

115.2 de la Ley General de la Seguridad Social y la listada en el artículo 116, no afecta a aspectos esenciales del régimen jurídico, sino a determinados aspectos accesorios, como el de la prueba del nexo causal lesión-trabajo, que es necesaria en el supuesto del artículo 115.2 de la Ley General de la Seguridad Social y no lo es, por el juego de una presunción legal, en las enfermedades profesionales del artículo 116 de dicho texto legal.

Esto es, el Tribunal Supremo lo que mantiene es que cuando nos encontremos con una enfermedad no incluida en el listado a que alude el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social, será preciso probar la existencia de una relación de causalidad directa entre el trabajo y la enfermedad contraída a efectos de poder caracterizar a ésta como de origen laboral; prueba que contrariamente no es preciso llevar a cabo si nos encontramos con una enfermedad concreta y específicamente recogida en el listado del Real Decreto 1995/1978, ya que para ellas se establece una presunción legal *iuris et de iure*, esto es, una presunción que no admite prueba en contrario.

Aplicando dicha doctrina al caso examinado se impone el acogimiento del recurso y la revocación de la sentencia impugnada, puesto que siendo el actor médico, esto es personal sanitario, y habiendo contraído una enfermedad como la hepatitis C vírica, contemplada en el cuadro de enfermedades profesionales, habrá que entender que existe una presunción, *iuris et de iure*, de que la incapacidad temporal padecida por el mismo derivaba de enfermedad profesional.

## **FALLAMOS**

Que estimando el recurso de suplicación interpuesto..., debemos revocar y revocamos la indicada resolución; estimando la demanda, declarando que la baja laboral así como la incapacidad temporal subsiguiente, derivaba de enfermedad profesional, debiéndose dejar sin efecto el posterior parte de baja por enfermedad común.



## **ANEXO I**

**Real Decreto Legislativo 1/1994 por el que se aprueba el Texto Refundido  
de la Ley General de la Seguridad Social (BOE del 29 de junio)**

*(fragmento)*

**Accidente de trabajo, enfermedad profesional,  
accidente no laboral y enfermedad común  
(Arts. 115, 116 y 117)**

**Recargo de prestaciones por falta  
de medidas de prevención  
(Art. 123)**

**Obligatoriedad del reconocimiento médico de ingreso  
para puestos con riesgo de enfermedad profesional y  
consecuencias de no realizarlo  
(Arts. 196 y 197)**





## Capítulo III. Acción protectora

### Sección 1ª Contingencias protegibles

#### Artículo 115. Concepto del accidente de trabajo.

1. Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.
2. Tendrán la consideración de accidentes de trabajo:
  - a) Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo
  - b) 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
  - c) Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa
  - d) Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo
  - e) Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo
  - f) Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente
  - g) 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.
3. Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo.
4. No obstante lo establecido en los apartados anteriores, no tendrán la consideración de accidente de trabajo:
  - a) Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente. En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza
  - b) Los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

5. No impedirán la calificación de un accidente como de trabajo:

- a) La imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira
- b) La concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

#### **Artículo 116. Concepto de la enfermedad profesional.**

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

En tales disposiciones se establecerá el procedimiento que haya de observarse para la inclusión en dicho cuadro de nuevas enfermedades profesionales que se estime deban ser incorporadas al mismo. Dicho procedimiento comprenderá, en todo caso, como trámite preceptivo, el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo.

#### **Artículo 117. Concepto de accidente no laboral y enfermedad común**

1. Se considerará accidente no laboral el que, conforme a lo establecido en el artículo 115, no tenga el carácter de accidente de trabajo.

2. Se considerará que constituyen enfermedad común las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales, conforme a lo dispuesto, respectivamente en los apartados 2 e), f) y g) del artículo 115 y en el artículo 116.

### **SECCIÓN 2ª: Régimen general de las prestaciones**

#### **Artículo 123. Recargo de las prestaciones económicas en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional.**

1. Todas las prestaciones económicas que tengan su causa en accidente de trabajo o enfermedad profesional se aumentarán, según la gravedad de la falta, de un 30 a un 50 por 100, cuando la lesión se produzca por máquinas, artefactos o en instalaciones, centros o lugares de trabajo que carezcan de los dispositivos de precaución reglamentarios, los tengan inutilizados o en malas condiciones, o cuando no se hayan observado las medidas generales o particulares de seguridad e higiene en el trabajo, o las elementales de salubridad o las de adecuación personal a cada trabajo, habida cuenta de sus características y de la edad, sexo y demás condiciones del trabajador.

2. 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.

3. La responsabilidad que regula este artículo es independiente y compatible con las de todo orden, incluso penal, que puedan derivarse de la infracción.

## Capítulo X. Disposiciones comunes del Régimen General

### **Artículo 196. Normas específicas para enfermedades profesionales.**

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

### **Artículo 197. Responsabilidades por falta de reconocimientos médicos.**

1. Las entidades gestoras y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social están obligadas, antes de tomar a su cargo la protección por accidente de trabajo y enfermedad profesional del personal empleado en industrias con riesgo específico de esta última contingencia, a conocer el certificado del reconocimiento médico previo a que se refiere el artículo anterior, haciendo constar en la documentación correspondiente que tal obligación ha sido cumplida. De igual forma deberán conocer las entidades mencionadas los resultados de los reconocimientos médicos periódicos.
2. El incumplimiento por parte de la empresa de la obligación de efectuar los reconocimientos médicos previos o periódicos la constituirá en responsable directa de todas las prestaciones que puedan derivarse, en tales casos, de enfermedad profesional, tanto si la empresa estuviera asociada a una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, como si tuviera cubierta la protección de dicha contingencia en una entidad gestora.
3. El incumplimiento por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de lo dispuesto en el apartado 1 de este artículo les hará incurrir en las siguientes responsabilidades:
  - a. Obligación de ingresar a favor de los fines generales de prevención y rehabilitación, a que se refiere el artículo 73 de la presente Ley, el importe de las primas percibidas, con un recargo que podrá llegar al 100% de dicho importe.
  - b. Obligación de ingresar, con el destino antes fijado, una cantidad igual a la que equivalgan las responsabilidades a cargo de la empresa, en los supuestos a que se refiere el apartado anterior de este artículo, incluyéndose entre tales responsabilidades las que procedan de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 123 de esta Ley.



## **ANEXO-II**

**Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo,  
por el que se aprueba el  
cuadro de Enfermedades Profesionales  
en el Sistema de la Seguridad Social.**

*(fragmento)*

**Cuadro de enfermedades profesionales  
y  
relación de actividades capaces de producirlas**



## **A) ENFERMEDADES PROFESIONALES PRODUCIDAS POR LOS AGENTES QUÍMICOS SIGUIENTES**

### **1. Plomo y sus compuestos**

Extracción, tratamiento, preparación y empleo del plomo, sus minerales, sus aleaciones, sus combinaciones y de todos los productos que lo contengan, y especialmente:

Extracción, tratamiento, metalurgia, refinado, fundición, laminado y vaciado del plomo, de sus aleaciones y de metales plumbíferos.

Fabricación y reparación de acumuladores de plomo.

Fabricación y manipulación de los óxidos y sales de plomo.

Fabricación y aplicación de esmaltes, en metal o cerámica, que contengan plomo.

Trabajos en alfarerías.

Fabricación y aplicación de pinturas, lacas, barnices o tintas a base de compuestos de plomo.

Fabricación de municiones y artículos pirotécnicos.

Fabricación, soldadura, rebabado y pulido de objetos de plomo o sus aleaciones.

Soldadura y estañado con ayuda de aleaciones de plomo.

Composición de vidrios al plomo.

Trabajos de imprenta, especialmente en cajas de componer y en la limpieza y desescoriado de cubas.

Recuperación de plomo viejo y de metales plumbíferos.

Fabricación de zinc; fusión de zinc viejo y de plomo en lingotes.

Trabajos de fontanería.

Talla de dia mantes donde se usen "gotas" de plomo.

Cromolitografía efectuada con polvos plumbíferos.

Utilización de compuestos orgánicos de plomo en la fabricación de materias plásticas (estearato de plomo utilizado como estabilizador del cloruro de polivinilo, etcétera).

Trabajos con soplete de materias recubiertas con pinturas plumbíferas.

Temple en baño de plomo y trefilado de los aceros templados en baño de plomo.

Revestimiento de metales por pulverización de plomo o el llenado de vacíos.

Fabricación y manipulación de derivados alcoilados del plomo (plomo tetrametilo, plomo tetraetilo): preparación de las gasolinas que los contengan y limpieza de los tanques.

Vidriado y decoración de productos cerámicos por compuestos de plomo.

Preparación y empleo de insecticidas con arseniato de plomo.

### **2. Mercurio y sus compuestos.**

Extracción, tratamiento, preparación, empleo y manipulación del mercurio de sus amalgamas de sus combinaciones y de todo producto que lo contenga y especialmente:

Extracción y recuperación del metal en las minas y en los residuos industriales.

Tratamiento de minerales auríferos y argentíferos.

Fabricación y reparación de termómetros, barómetros, bombas de mercurio, lámparas de incandescencia, lámparas radiofónicas, tubos radiográficos, rectificadores de corriente y otros aparatos.

Preparación de zinc amalgamado para pilas eléctricas.

Fabricación y reparación de acumuladores electrónicos de mercurio.

Empleo del mercurio o de sus compuestos como catalizadores.

Electrólisis con mercurio.

Preparación de amalgamas y compuestos del mercurio.

Fabricación y empleo de pigmentos y pinturas anticorrosivas a base de cinabrio.

Preparación y tratamiento de los pelos en pieles y materias análogas.

Dorado, plateado, estañado, bronceado y damasquinado con ayuda del mercurio o sus sales.

Preparación y empleo de fungicidas para la conservación de los granos.

Fabricación y empleo de cebos de fulminatos de mercurio.

Trabajo que requiere el empleo de amalgamas en consultorios odontológicos.

Trabajos en laboratorios de fotografía.

### **3. Cadmio y sus compuestos.**

Preparación y empleo industrial de cadmio, y esencialmente:

Preparación del cadmio por procesado del cinc, cobre o plomo.

Fabricación de acumuladores de níquel - cadmio.

Fabricación de pigmentos cadmíferos para pinturas, esmaltes, materias plásticas, papel, caucho, pirotecnia.

Fabricación de lámparas fluorescentes.

Galvanoplastia de otros metales.

Soldadura con aleaciones de cadmio - plata.

Oxicorte de piezas cadmiadas.

Procesado de residuos que contengan cadmio.

Fabricación de barras de control de reactivos nucleares.

Fabricación de células fotoeléctricas.

Fabricación de barras de soldadura.

### **4. Manganeso y sus compuestos.**

Extracción, preparación, transporte, manipulación y empleo del manganeso y sus compuestos, y especialmente:

Extracción, manipulación, transporte y tratamiento de la pirolusita, la manganita, el silomelano y la rodoprosita.

Fabricación de aleaciones ferrosas y no ferrosas con bióxido de manganeso, especialmente ferromanganeso (acero Martin - Siemens).

Fabricación de pilas secas.

Fabricación de vidrio al manganeso.

Fabricación de briquetes de manganeso.

Soldadura con compuestos del manganeso.

Preparación de esmaltes.

Preparación de permanganato potásico.

Fabricación de colorantes y secantes que contengan compuestos.

Envejecimiento de tejas.

Manipulación y transporte de escorias Thomas.

Preparación, utilización, manutención y transportes de abonos con sulfato de manganeso.

### **5. Cromo y sus compuestos.**

Preparación, empleo y manipulación de los compuestos de cromo hexavalente, especialmente los cromatos y bicromatos de sodio y potasio y el ácido crómico.

Fabricación y empleo de pigmentos, colorantes y pinturas a base de compuestos de cromo.

Empleo de barnices a base de cromo en ebanistería.

Pintado de tejidos en que se emplee cromatos.

Curtido al cromo de pieles.

Preparación de clichés de fotograbado por coloides bicromados.

Fabricación de cerillas o fósforos.

Galvanoplastia y tratamiento de superficies con cromo.

Decapado y limpieza de metales y vidrios (ácido sulfocrómico o ácido crómico).  
Fabricación de cromatos alcalinos.  
Litografados.  
Cromado electrolítico.  
Fabricación de aceros inoxidable.

## 6. Níquel y sus compuestos.

Producción de níquel por el proceso Mond.  
Niquelado electrolítico de los metales.  
Trabajos de bisutería.  
Fabricación de aleaciones con níquel (cobre, manganeso, zinc, cromo, hierro, molibdeno) y su utilización en piezas de moneda, de utensilios de cocina, menaje, etc.  
Fabricación de aceros especiales al níquel (ferroníquel) resistentes a la corrosión, en siderurgia y en fundición de aceros moldeados y su utilización en la fabricación de ruedas de autos.  
Galvanización electrolítica (niquelado).  
Fabricación de acumuladores al níquel - cadmio.  
Empleo como catalizador en la industria química.

## 7. Berilio (glucinio) y sus compuestos.

Manipulación y empleo del berilio y sus compuestos (fluoruro doble de glucinio y sodio), y especialmente:  
Extracción del berilio de los minerales.  
Preparación de aleaciones y compuestos de berilio.  
Fabricación de fósforos para tubos fluorescentes, filamentos de lámparas incandescentes, pantallas de rayos x y porcelanas para aisladores eléctricos.  
Fabricación de cristales, cerámicas, porcelanas y productos altamente refractarios.  
Fabricación de moderadores para la industria de pilas atómicas.  
Fabricación de cohetes, vehículos e instrumentos de orientación para la navegación espacial.

## 8. Talio y sus componentes.

Extracción de talio de minerales de pirita.  
Preparación, manipulación y empleo de rodenticidas.  
Producción y empleo de sales de talio.  
Utilización del talio y sus compuestos en la industria farmacéutica, industria del vidrio, en la fabricación de colorantes y pigmentos y en la pirotecnia.  
Fabricación de células fotoeléctricas sensibles al infrarrojo.

## 9. Vanadio y sus compuestos.

Obtención y empleo del vanadio y sus compuestos o de productos que lo contengan y especialmente:  
Producción de vanadio metálico.  
Empleo de óxidos de vanadio como catalizadores en procesos de oxidación de la industria química y como reveladores y sensibilizadores fotográficos.  
Limpiezas de calderas y tanques, hornos de fuel - oil.  
Preparación de pentóxidos de vanadio entre otros fines en la producción de minerales de aluminio.

## 10. Fósforo y sus compuestos.

Preparación, empleo y manipulación del fósforo y especialmente:  
Fabricación, empleo y manipulación del fósforo blanco.  
Fabricación del fósforo rojo.

Procesos en que puede producirse fosfina, tales como la generación de acetileno, la limpieza de metales con ácido fosfórico, etc.

Fabricación de juguetes detonadores con empleo de fósforo blanco.

Fabricación y empleo de sesquisulfuro de fósforo, especialmente la manufactura de cerillas.

Fabricación y utilización de insecticidas o rodenticidas que contengan fósforo o sus compuestos.

Fabricación de abonos fosfatados por vía sintética.

Utilización del fósforo en la industria química o farmacéutica.

Extracción del fósforo de los minerales que lo contienen y de los huesos.

Fabricación y utilización de ferrosilicio, manganosiliceo, carburos de calcio y de cianamida cálcica cuando contienen residuos de fósforo y cuando esas operaciones se hacen en presencia de humedad.

Utilización del ácido fosfórico y de sus compuestos inorgánicos de fósforo, en particular en las industrias químicas, gráficas y en la preparación de ciertos productos agrícolas (abonos).

## 11. Arsénico y sus compuestos.

Preparación, empleo y manipulación del arsénico, y especialmente:

Calcinación, fundición y refinado de minerales arseníferos.

Fabricación y empleo de insecticidas y anticriptogámicos que contengan compuestos de arsénico.

Fabricación y empleo de colorantes y pinturas que contengan compuestos de arsénico (industria de pinturas, vidrio, papeles pintados, flores artificiales, tintado de tejidos, piedras falsas, bronceado artificial, etc.).

Tratamiento de cueros y maderas con agentes de conservación a base de compuestos arsenicales (especialmente oropimente).

Conservación de pieles.

Pirotecnia.

Canalización en cerámica.

Tratamiento de minerales en que se desprenda arsenamina.

Industria farmacéutica.

Preparación del ácido sulfúrico partiendo de piritas arseníferas.

Empleo del anhídrido arsenioso en la fabricación del vidrio.

Tratamiento de minerales arsenicales con desprendimiento de hidrogeno arseniado (arsina).

Preparación y empleo de arsinas.

Fabricación de acero al silicio.

Desincrustado de calderas.

Decapado de metales.

Inflado de balones con hidrogeno impuro.

Limpieza de metales.

Revestimiento electrolítico de metales.

Industria de caucho.

## 12. Cloro y sus componentes inorgánicos.

Producción, empleo y manipulación del cloro y de sus compuestos inorgánicos, y principalmente:

Proceso electrolítico de producción de cloro.

Procesos de blanqueo y decoloración en las industrias, textil, papelera y de fibras artificiales.

Producción de cloratos metálicos (aluminio, férrico, etc.).

Pirotecnia.

Fabricación de cerillas y fulminantes.

Empleo como herbicida y defoliante.

Extracción y licuefacción del cloro.



Transportes y manipulación del cloro licuado.  
Fabricación de derivados clorados en la industria química y farmacéutica.

### **13. Bromo y sus compuestos inorgánicos.**

Producción, empleo y manipulación del bromo y de sus compuestos inorgánicos, y principalmente:  
Producción del bromo por desplazamiento del cloro.  
Producción de compuestos inorgánicos del bromo.  
Fabricación de aditivos combustibles.  
Utilización de bromuros inorgánicos como agentes reductores y catalizadores.  
Procesos de blanqueo de las fibras y de la seda.

### **14. Yodo y sus compuestos inorgánicos.**

Producción, empleo y manipulación de yodo y de sus compuestos inorgánicos, y especialmente:  
Utilización del yodo como agente oxidante.  
Fabricación de películas fotográficas.  
Extracción del yodo a partir de algas, del salitre de Chile, y en el curso de ciertas operaciones como el refinado de petróleo.  
Utilización en la industria química, farmacéutica y fotográfica.

### **15. Flúor y sus compuestos.**

Extracción de minerales fluorados, fabricación del ácido fluorhídrico, manipulación y empleo de él o de sus derivados y especialmente:  
Extracción de los compuestos de flúor de los minerales (esparto - flúor y criolita).  
Fabricación del aluminio en presencia de criolita.  
Fabricación de los compuestos de flúor y su utilización en la extracción y refinado de metales.  
Empleo de los fluoruros en las fundiciones y para recubrir las varillas soldadoras.  
Empleo de ácido fluorhídrico en los procesos químicos, como agente de ataque (grabado del vidrio, etc.).  
Empleo de fluoruros como mordiente en el tintado de lana.  
Conservas de jugos de frutas, azúcares, espirituosos, etc.  
Empleo de compuestos de flúor como insecticida, pesticida y para conservación de la madera.

### **16. Acido nítrico.**

Fabricación de ácido nítrico.  
Producción de abonos orgánicos, explosivos, nitrocelulosa, seda artificial y cuero sintético, barniz, lacas, colorantes y colodión.  
Decapado, fijación, mordentado, afinado damasquinado, revestimiento electrolítico de metales.  
El grabado al agua fuerte.  
Fabricación de fieltros y perlas de vidrio.

### **17. Oxidos de azufre.**

Todos los trabajos que impliquen la utilización del ácido nítrico y en particular: la fabricación de ácido sulfúrico, de colorantes sintéticos, de materia plástica, de hidrocarburos nitrado, de explosivos, de productos farmacéuticos, etc.  
Utilización de lámparas de arco, de electricidad de alta tensión, etc.

Pulido de cobre, barnizado de aluminio, decapado de metales, grabado, fotograbado, preparación del fieltro, soldadura autógena, galvanoplastia.  
Ensilado de cereales.

### **18. Amoniaco.**

Producción de abonos artificiales.  
Fabricación de urea y ácido nítrico.  
Preparación de ciertos residuos sintéticos del tipo ceraformol.  
Fabricación de hielo artificial, utilizando amoniaco como refrigerante.  
Fabricación de sosa (procedimiento Solvay).  
Los hornos de coque, fabricas de gas.  
Utilización como decapante en pintura.

### **19. Anhídrido sulfuroso.**

Producción de ácido sulfúrico.  
Refino de minerales ricos en azufre.  
Procesos en que interviene la combustión de carbones ricos en azufre.

### **20. Acido sulfúrico.**

Producción, almacenamiento y manipulación de ácido sulfúrico.

### **21. Acido sulfídrico.**

Trabajos en fosas de putrefacción de mataderos o instalaciones de curtidos.  
Trabajos de exhumación de cadáveres.  
Trabajos de alcantarillado y cloacas.  
Enriado de cáñamo y del esparto.  
Procesos de la industria química en que interviene el hidrogeno sulfurado.  
Fabricación de fibras textiles sintéticas.  
Refinerías de petróleo.  
Fabricación de gases industriales.  
Refinerías de azúcar.

### **22. Sulfuro de carbono.**

Fabricación, manipulación y empleo del sulfuro de carbono y de los productos que lo contengan, y especialmente:  
Fabricación de la seda artificial del tipo viscosa, rayón, del fibrán, del celofán.  
Fabricación de mastiques y colas.  
Preparación de la carbanilina como aceleradora de la vulcanización de frío.  
Empleo como disolvente de grasas, aceites, resinas, ceras y gutapercha.  
Fabricación de cerillas.  
Fabricación de productos farmacéuticos y cosméticos que contengan sulfuro de carbono.  
Manipulación y empleo del sulfuro de carbono o productos que lo contengan, como insecticidas o parasiticidas en los trabajos de tratamiento de suelos o en el almacenado de productos agrícolas.  
Preparación de ciertos rodenticidas.  
Extracción de aceites volátiles de las flores.

### **23. Oxido de carbono.**

Trabajos en locales o puestos cuya ventilación natural o forzada no logre impedir una concentración continuada de 50 centímetros cúbicos de oxido de carbono por metro cúbico de aire, a la altura de la zona de aspiración de los trabajadores, y especialmente:  
Producción depuración y almacenamiento de gas del alumbrado.  
Trabajos en fundición y limpieza de hornos.  
Trabajos en soldaduras y corte.  
Trabajos en presencia de motores de explosión.  
Trabajos en calderas navales, industriales y domesticas.  
Industrias que emplean como combustible cualquier gas industrial.  
Trabajos en garajes, depósitos y talleres de reparación.  
Conducción de maquinas a motor provistas de habitáculos cerrados y mal aislados.  
Incendios y explosiones (sobre todo en espacios cerrados, en los túneles y en las minas).  
Trabajos en instalaciones de calefacción defectuosas o mal diseñadas.  
Reparación de conductos de gas.  
Utilización de medios de calefacción o combustión libre.

### **24. Oxidocloruro de carbono.**

Procesos de síntesis industriales en que se utilice oxidocloruro de carbono.  
Fabricación de insecticidas.  
Procesos industriales en que se utilicen hidrocarburos clorados.  
Utilización de oxidocloruro de carbono y sus compuestos en la industria química (preparación de productos farmacéuticos, de materias colorantes, etc.).  
Desprendimiento de fosgeno por pirólisis de numerosos derivados organoclorados, como el tetracloruro de carbono, el cloroformo, tetracloroetano, tricloroetileno, etc.

### **25. Ácido cianhídrico, cianuros y compuestos de cianógeno.**

Preparación de ácido cianhídrico liquido, cianuros, ferrocianuros y otros derivados.  
Utilización del ácido cianhídrico gaseoso en la lucha contra los insectos parásitos en agricultura y contra los roedores.  
La obtención de metales preciosos (oro y plata) por cianuración.  
Empleo de cianuro en las operaciones de galvanoplastia (niquelado, cadmiado, cobrizado, etc.).  
Tratamiento térmico de piezas metálicas.  
Fabricación de "plexiglás" (acetoniacanhidrina).  
Utilización de acrilonitrilo como pesticida y en la fabricación de ciertas fibras sintéticas.  
Fabricación y manipulación de cianamida cálcica y su utilización como abono.

### **26. Hidrocarburos alifáticos saturados o no; cíclicos o no, constituyentes del éter, del petróleo y de la gasolina.**

Destilación y refinado del petróleo.  
El "crocking" y el "reforming", procedimientos destinados esencialmente a modificar la estructura de los hidrocarburos.  
Utilización de los productos de destilación como solventes, carburantes, combustibles y desengrasantes.

### **27. Derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos, saturados o no, cíclicos o no.**

Preparación, manipulación y empleo de los hidrocarburos clorados y bromados de la serie alifática y de los productos que lo contengan, y especialmente:  
Empleo como agentes de extracción y como disolventes de: grasas, ceras, aceites, azufre, resinas, lacas, barnices, asfaltos, brea, materias plásticas y otros compuestos orgánicos, fibras artificiales (celulosa), para el desengrasado y limpieza de piezas metálicas, como productos de limpieza y desengrasado en tintorerías.  
Fabricación y reparación de aparatos e instalaciones frigoríficas.  
Utilización de pesticidas, especialmente por pulverización.  
Fabricación de ciertos desinfectantes, anestésicos, antisépticos y otros productos de la industria farmacéutica.  
Fabricación y utilización de pinturas, solventes, disolventes, decapantes, etc.  
Reparación y relleno de aparatos extintores de incendio.  
Preparación y empleo de lociones de peluquería.

### **28. Alcoholes.**

Fabricación de alcohol y sus compuestos halogenados.  
Fabricación y utilización de disolventes o diluentes para los colorantes, pinturas, lacas, barnices, resinas naturales y sintéticos, desengrasantes y quitamanchas.  
Fabricación y utilización de barnices y capas aislantes para la industria eléctrica (diacetona-alcohol, alcohol acetona).  
Fabricación de colores de anilina (metanol).  
Utilización en las síntesis orgánicas.  
Industria de cosméticos, perfumes y jabones.  
Fabricación de esencia de frutas.  
Industria farmacéutica.  
Fabricación de líquidos anticongelantes, de líquidos de frenos hidráulicos, de lubricantes sintéticos, etc.  
Industria del caucho y de los cueros sintéticos.  
Industria de fibras textiles artificiales como solvente del celuloide y del acetato de celulosa.  
Fabricación del formaldehído.  
Utilización de alcoholes como agentes deshidratantes o antigerminativos.  
Industria de explosivos.  
Industria de la refinación de petróleo.

### **29. Glicoles.**

Fabricación de glicoles y poliglicoles, de sus derivados y de sus acetatos.  
Utilización en la industria química como productos intermedios en numerosas síntesis orgánicas, como disolventes de lacas, resinas, barnices celulósicos de secado rápido, de ciertas pinturas, pigmentos, nitrocelulosa y acetatos de celulosa.  
Utilización en la industria farmacéutica como vehículo de ciertos medicamentos, desodorantes, desinfectantes y bactericidas.  
La industria de cosméticos, fabricación y utilización de anticongelantes, de líquidos de sistemas hidráulicos y de líquidos de frenos.  
Fabricación de ciertas esencias, extractos en la industria alimentaria.  
Industria textil para dar la flexibilidad a los tejidos y preparación para la textura e impresión de tejidos a base de acetatos de celulosa, así como en la preparación y utilización de ciertos almidones sintéticos.

Fabricación de condensadores electrolíticos.  
Preparación de ciertas películas y placas en la industria fotográfica.  
Industria de explosivos y caucho sintético.

### **30. Éteres y sus derivados.**

Producción de éteres y de sus derivados halogenados.  
Utilización en la industria química como disolventes de ceras, grasas, etc. Y en la fabricación del colodium para la extracción de la nicotina.  
Industria farmacéutica para la extracción de alcaloides, como agente de esterilización y como anestésicos.  
Industria de fibras textiles artificiales, como disolventes del acetato de celulosa, para la preparación de tejidos, para la tintura.  
Industria del calzado como quitamanchas.  
Industria de la perfumería, caucho, fotografía y materias plásticas.  
Fabricación y utilización de disolventes y decapantes para las pinturas y barnices.

### **31. Cetonas.**

Producción de cetonas y sus derivados.  
Su utilización como agentes de extracción, como materia prima o intermedia en numerosas síntesis orgánicas, como disolventes.  
Fabricación de fibras textiles artificiales, seda y cueros artificiales limpieza y preparación de tejidos para la tintura.  
Fabricación de celuloide.  
Industria farmacéutica.  
Industria de perfumería y de los cosméticos.  
Industria del caucho sintético y de explosivos.  
Fabricación de productos de limpieza.

### **32. Ésteres orgánicos y sus derivados halogenados.**

Fabricación de ésteres orgánicos.  
Industria química como disolventes, plastificantes, y adhesivos (trícresilfosfato), como sustitutos de acetona y como productos intermedios en la síntesis orgánica.  
Industria de los papeles pintados y revestimientos plásticos.  
En la fabricación de lacas de uñas y perfumes, esencias de frutas, en las industrias de cristales de seguridad.  
Utilización como aditivos de carburantes y de aceites de motor.  
Industrias farmacéutica como vehículos en ciertos bactericidas y fumigantes.

### **33. Ácidos orgánicos.**

Fabricación de ácidos orgánicos y de sus sales.  
Empleo en la industria textil, química y alimentaria.  
Fabricación del ácido acetilsalicílico.  
Empleo en la industria metalúrgica, del caucho y en fotografía.  
Fabricación de productos quitamanchas.

### **34. Aldehidos.**

Fabricación de aldehidos y sus compuestos.  
Empleo en la industria química, textil y farmacéutica.  
Utilización del formol como agente desinfectante, desodorante, bactericida, etc.  
Utilización del acetaldehido en la fabricación del vinagre y en el azogado de espejos.

Utilización de la acroleína en las fabricas de jabón, en la galvanoplastia, en la soldadura de piezas metálicas.  
Fabricación y empleo del metaceta-aldehido como combustible y pesticida en la agricultura.

### **35. Nitroderivados alifáticos.**

Empleo como disolventes; como aditivos de ciertos explosivos, pesticidas y fungicidas.

### **36. Ésteres del ácido nítrico.**

Fabricación, mezcla de los constituyentes y relleno de cartuchos con explosivos.  
Empleo en la industria farmacéutica.

### **37. Benceno, tolueno, xileno y otros homólogos del benceno.**

Fabricación, extracción, rectificación, empleo y manipulación del benceno y de sus homólogos (xileno, tolueno), y especialmente:  
Empleo del benceno y sus homólogos para la preparación de sus derivados utilizados en las industrias de materias colorantes, perfumes, explosivos, productos farmacéuticos, etc.  
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.  
Preparación y empleo de disoluciones de caucho y empleo del benceno y de sus homólogos en la fabricación y reparación de neumáticos, tejidos impermeables, cámaras neumáticas, zapatos, sombreros.  
Fabricación y aplicación de barnices, pinturas, esmaltes, tintes de imprenta, lacas celulósicas.  
Limpieza en seco.  
Preparación de carburantes que contengan bencenos o sus homólogos.  
Fabricación de colas y adhesivos.

### **38. Naftaleno y sus homólogos.**

Extracción del naftaleno, en la destilación del alquitrán de hulla.  
Utilización como productos de base para la fabricación del ácido ftálico, de naftaleno, hidrogenados y de materias plásticas.  
Utilización como insecticida y conservación de la madera.

### **39. Derivados halogenados de los hidrocarburos aromáticos.**

Empleo como disolventes, insecticida y fungicidas.  
Empleo en las industrias de materias colorantes, perfumería y fotografía.  
Fabricación de productos de limpieza, condensadores y lubricantes.

### **40. Fenoles, homólogos y sus derivados halógenos.**

Fabricación de derivados, particularmente los derivados nitrados (explosivos): trinitrofenol o ácido pítrico o melinita.  
Fabricación de baquelita poliepóxido, policarbonatos.  
Tratamiento de maderas por medio de la creosota y el carbolineum (rico en cresoles y fenoles) y por los pentaclorofenoles.

Industrias de las fibras sintéticas (poliamidas, etc.).  
Refinación del petróleo.  
Fabricación del detergente, fabricación y manipulación de pesticidas (particularmente los clorofenoles) de colorantes, de aditivos para aceites, etc.  
Industria farmacéutica.  
Tratamiento de brea de hulla, de gas de alumbrado y el calentamiento de ciertas materias plásticas.

#### **41. Aminas (primarias, secundarias, terciarias, eterocíclicas) e hidracinas aromáticas y sus derivados halógenos, fenólicos, nitrosados, nitrados y sulfonados.**

Fabricación de estas sustancias y su utilización como productos intermediarios en la industria de colorantes sintéticos y en numerosas síntesis orgánicas, en la industria química, en la industria de insecticidas, en la industria farmacéutica, etc.  
Fabricación y utilización de derivados utilizados como aceleradores y como antioxidantes en la industria del caucho.  
Fabricación de ciertos explosivos.  
Utilización como colorantes en la industria del cuero, de pieles del calzado, de productos capilares, etc., Así como en papelería y en productos de peluquería.  
Utilización de reveladores (para-minofenoles) en la industria fotográfica.

#### **42. Poliuretanos (isocianatos).**

Trabajos que exponen a la inhalación de isocianatos orgánicos y especialmente:  
Fabricación y aplicación de toluen-diisocianato y de difenilmetano-diisocianato.  
Trabajos de laquear parquet y de acuchillarlos.  
Laqueado de papel, tejidos, cuero, gomas, hilos conductores.  
Fabricación y empleo de pegamentos que contengan isocianatos.  
Fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado líquido.  
Fabricación de fibras sintéticas y de caucho sintético.

#### **43. Nitroderivados de los hidrocarburos aromáticos y de los fenoles.**

Las principales fuentes profesionales de riesgo son prácticamente las mencionadas para las aminas aromáticas.  
Los nitroderivados son ampliamente utilizados en industria de explosivo (nitrobenzono, trinitrotolueno, dinitrofenol), en la agricultura como herbicidas (dinitro-ortocresol) y en la fabricación de ciertos colorantes negros sulfonados (dinitrofenoles).

### **B) ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA PIEL CAUSADAS POR SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDOS EN ALGUNO DE LOS OTROS APARTADOS:**

**1, Cáncer cutáneo y lesiones cutáneas precancerosas debidas al hollín, alquitrán, betún, brea, antraceno, aceites minerales, parafina bruta y a los compuestos, productos, residuos de estas sustancias y a otros factores carcinógenos. Destilación de la hulla.**

Limpieza, deshollinado y reparación de chimeneas y otros conductos de evacuación de humos de combustibles.  
Fabricación de bolas y briquetas de carbón por mezcla de polvo de carbón con un 8-10 por 100 de brea.  
Asfalto y alquitranado de carreteras, calafateado de barcos.  
Fabricación de tubos, de placas, de revestimientos del suelo y de recipientes, obtenidos por mezcla en caliente de brea y de materias silíceas.  
Fabricación de cartones bituminosos, de papel alquitranado, de tejidos y otras materias impregnadas que se utilizan como aislantes.  
Impregnación de la madera con alquitrán o aceite de antraceno.  
Fabricación de ciertos colorantes y revestimientos.

### **2, Afecciones cutáneas provocadas en el medio profesional por sustancias no consideradas en otros apartados.**

Toda industria o trabajo en el que se entre en contacto con sustancias sólidas y líquidas, polvos, vapores, etc., En cualquier tipo de actividad.

## **C) ENFERMEDADES PROFESIONALES PROVOCADAS POR LA INHALACIÓN DE SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDAS EN OTROS APARTADOS:**

### **1, Neumoconiosis.**

#### **A) Silicosis, asociada o no a tuberculosis pulmonar.**

Trabajos expuestos a la inhalación de polvo de sílice libre, y especialmente:  
Trabajos en minas, túneles, canteras, galerías.  
Tallado y pulido de rocas silíceas, trabajos de caterías.  
Trabajos en seco, de trituración, tamizado y manipulación de minerales o rocas.  
Fabricación de carborundo, vidrio, porcelana, loza y otros productos cerámicos, fabricación y conservación de los ladrillos refractarios a base de sílice.  
Fabricación y manutención de abrasivos y de polvos detergentes.  
Trabajos de desmoldeo, desbardado y desarenado en las fundiciones.  
Trabajos con muelas (pulido, afinado) que contengan sílice libre.  
Trabajos en chorro de arena y esmeril.

#### **B) Asbestosis, asociada o no a la tuberculosis pulmonar o al cáncer de pulmón.**

Trabajos expuestos a la inhalación de polvos de amianto (asbesto) y especialmente:  
Trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales o rocas amiantíferas.  
Fabricación de tejidos, cartones y papeles de amianto.  
Tratamiento preparatorio de fibras de amianto (cardado, hilado, tramado, etc.).  
Aplicación de amianto a pistola (chimeneas, fondos de automóviles y vagones).  
Trabajos de aislamiento térmico en construcción naval y de edificios y su destrucción.  
Fabricación de guarniciones para frenos y embragues, de productos de fibrocemento, de equipos contra incendios, de filtros y cartón de amianto, de juntas de amianto y caucho.

Desmontaje y demolición de instalaciones que contengan amianto.

#### C) Neumoconiosis debida a los polvos de silicatos.

Trabajos expuestos a la inhalación de polvos de silicato y especialmente:

Trabajo de extracción, manipulación y tratamiento de minerales que liberen polvo silicatos.

Industria de caucho, de papel, del linóleo, cartón y de ciertas especies de fibrocemento.

Industrias de pieles.

Industrias de la porcelana y de la cerámica (caolín).

Industria de perfumes y productos de belleza, fabricas de jabones y en joyería.

Industria química y farmacéutica (utilización de la permutita y bentonita).

Industria metalúrgica (utilización de la bentonita, polvos de olivino y de circonio), para el moldeado y limpieza de fundiciones.

#### D) Cannabosis y bagazosis.

**Trabajos en los que se manipula el cáñamo y el bagazo de la caña de azúcar.**

### **2, Afecciones broncopulmonares debidas a los polvos o humos de aluminio o de sus compuestos.**

Extracción de aluminio a partir de sus minerales, en particular la separación por fusión electrolítica del oxido de aluminio, de la bauxita (fabricación de corindón artificial).

Preparación de polvos de aluminio, especialmente el polvo fino (operaciones, demolido, cribado y mezclas).

Preparación de aleaciones de aluminio.

Preparación de tintas de imprimir a partir del pigmento extraído de los residuos de los baños de fusión de la bauxita.

Fabricación y manipulación de abrasivos de aluminio.

Fabricación de artefactos pirotécnicos con granos de aluminio.

Utilización del hidrato de aluminio en la industria papelera (preparación del sulfato de aluminio), en el tratamiento de aguas, en la industria textil (capa impermeabilizante), en las refinerías de petróleo (preparación y utilización de ciertos catalizadores) y en numerosas industrias donde el aluminio y sus compuestos entran en la composición de numerosas aleaciones.

### **3, Afecciones broncopulmonares debidas a los polvos de los metales duros, talco, etc.**

Trabajos de mezclado, tamizado, moldeado y rectificado de carburos de tungsteno, titanio, tantalio, vanadio y molibdeno aglutinados con cobalto, hierro y níquel.

Soldadura al arco eléctrico en espacios confinados.

Pulidores de metales que utilizan oxido de hierro.

Trabajos de explotación de minas de hierro cuyo contenido en sílice sea prácticamente nulo.

Trabajos expuestos a la inhalación de talco cuando esta combinado con tremolita, serpentina o antofilita. Operaciones de molido y ensacado de la barita.

### **4, Afecciones broncopulmonares causadas por los polvos de escorias Thomas.**

Obtención y empleo de escorias Thomas y especialmente:

Molido, triturado, ensacado, transporte, almacenado y mezcla con otros abonos y el esparcimiento de estos abonos.

### **5, Asma provocado en el medio profesional por las sustancias no incluidas en otros apartados.**

Exposición a productos de origen vegetal o animal y a ciertas sustancias químicas en diversas actividades y especialmente en:

Fabricación de fieltros.

Tratamiento de cuero y plumas.

Apicultura (veneno de abejas).

Manipulación de harina.

Manipulación de algodón, lino y cáñamo.

Manipulación de maderas exóticas.

Actividades agrícolas (plumas, pelos, polvos de cereales, etcétera).

Médicos y veterinarios, así como el personal para médicos biólogos y personal de laboratorio.

Industrias de metales y de las máquinas - herramienta.

Trabajos domésticos.

Inhalación repetida de ciertos agentes químicos como: acroleína, isocianatos, formol, parafenilindimina, anhídrido ftálico, vanadio, sales de platino, oxiclورو de fósforo y ciertos productos orgánicos complejos, como el ricino, goma arabiga, ipecacuana, etc.

Fabricación y empleo de antibióticos.

Fabricación y empleo de materias plásticas.

Fabricación y empleo de aminas aromáticas y alifáticas.

Fabricación y empleo de enzimas proteolíticas.

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

Trabajos en los que existan exposición a polvos, líquidos, gases o vapores irritantes de las vías aéreas superiores.

## **D) ENFERMEDADES PROFESIONALES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS**

### **1, Helmintiasis, anquilostomiasis duodenal, anguillulosis.**

Trabajos subterráneos, túneles, minas, galerías, cuevas de champiñones, etc.

Trabajos en zonas pantanosas, arrozales, salinas.

### **2, Paludismo, amebiasis, tripanosomiasis, dengue, fiebre papataci, fiebre recurrente, fiebre amarilla, peste, leishmaniosis, pian, tifus exantemático y otras rickettsiosis:**

Trabajos en zonas donde estas afecciones son endémicas.

### **3, Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales o por sus productos y cadáveres (para el tétanos se incluirán también los trabajos con excretas humanas o animales).**

Trabajos susceptibles de poner en contacto directo con animales, vectores o reservorios de la infección o sus cadáveres.

Manipulación o empleo de despojos de animales.

~~Carga o descarga de transportes y manipulación de productos de origen animal.~~

*Sustituido por el Real Decreto 2821/1981 por el texto:*

Carga, descarga o transporte de mercancías

Personal al servicio de laboratorios de investigación biológica o biología clínica (humana o veterinaria) y especialmente los que comporten utilización o cría de animales con fines científicos.

Personal sanitario al servicio de hospitales, sanatorios y laboratorios.

#### **4, Enfermedades infecciosas y parasitarias del personal que se ocupa de la prevención, asistencia y cuidado de enfermos y en la investigación.**

Trabajos de personal sanitario y auxiliar que contacten con estos enfermos tanto en instituciones cerradas, abiertas y servicios a domicilio.

Trabajos en laboratorios de investigación y de análisis clínicos.

Trabajos de toma, manipulación o empleo de sangre humana o sus derivados y aquellos otros que entrañen contacto directo con estos enfermos (hepatitis vírica).

### **E) ENFERMEDADES PROFESIONALES PRODUCIDAS POR AGENTES FÍSICOS**

#### **1, Enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes.**

Todos los trabajos expuestos a la acción de los rayos x o de las sustancias radiactivas naturales o artificiales o a cualquier fuente de emisión corpuscular, y especialmente:

Trabajos de extracción y tratamiento de minerales radiactivos.

Fabricación de aparatos de rayos x y de radioterapia.

Fabricación de productos químicos y farmacéuticos radiactivos.

Empleo de sustancias radiactivas y rayos x en los laboratorios de investigación.

Fabricación y aplicación de productos luminosos con sustancias radiactivas en pinturas de esferas de relojería.

Trabajos industriales en que se utilicen rayos x y materiales radioactivos, medidas de espesor y de desgaste.

Trabajos en las consultas de radiodiagnósticos, de radio y radioterapia y de aplicación de isótopos radiactivos, en consultas, clínicas, sanatorios, residencias y hospitales.

Conservación de alimentos.

Reactores de investigación y de producción de energía.

Instalaciones de producción y tratamiento de radioelementos.

Fabrica de enriquecimiento de combustibles.

Instalaciones de tratamiento y almacenamiento de residuos radiactivos.

Transporte de materias radiactivas.

#### **2, Catarata producida por la energía radiante.**

Trabajos con cristal incandescente, masas y superficies incandescentes, en fundiciones, acerías, etc., así como en fabricas de carburos.

#### **3, Hipoacusia o sordera provocada por el ruido.**

Trabajos que expongan a ruidos continuos de nivel sonoro equivalente o superior a 80 decibelios a, durante ocho horas diarias o cuarenta horas semanales y especialmente:

Trabajos de calderería.

Trabajos de estampado, embutido, remachado y martillado de metales.

Trabajos en telares de lanzadera batiente.

Trabajos de control y puesta a punto de motores de aviación, reactores o de pistón.

Trabajos con martillos y perforadores neumáticos en minas, túneles y galerías subterráneas.

Trabajos en salas de máquinas de navíos.

Trafico aéreo (personal de tierra, mecánicos y personal de navegación, de aviones a reacción, etc.).

Talado y corte de arboles con sierras portátiles.

Salas de recreación (discotecas, etc.).

Trabajos de obras publicas (rutas, construcciones, etc.) Efectuados con maquinas ruidosas como las bulldozers, excavadoras, palas mecánicas, etc.

Motores diesel, en particular en las dragas y los vehículos de transporte de ruta, ferroviarios y marítimos.

#### **4, Enfermedades provocadas por trabajos con aire comprimido.**

Trabajos subacuáticos en cajón, con escafandra y con o sin aparato respirador individual.

Intervenciones en medio hiperbaro.

Fracaso de los sistemas de presurización durante vuelos de gran altitud.

#### **5, Enfermedades osteo-articulares o agineuróticas provocadas por las vibraciones mecánicas.**

Trabajos con herramientas portátiles y maquinas fijas para machacar, perforar, remachar, apisonar, martillar, apuntalar, prensar, pulir, trocear, etc. que produzcan vibraciones.

#### **6a, Enfermedades de las bolsas serosas debidas a la presión, celulitis subcutáneas.**

Bursitis prerrotuliana del trabajador arrodillado en minas, en la construcción, servicio domestico, colocadores de parquet y baldosas, jardineros, talladores y pulidores de piedras, trabajadores agrícolas, etc.

Bursitis glútea del minero.

Bursitis de la fascia anterior del muslo del zapatero.

Bursitis retrocalcánea del minero.

Bursitis malcolar externa del sastre.

Bursitis preesternal del carpintero.

Bursitis de la apófisis espinosa de c-7 y subacromio deltoidea del minero.

#### **6b, Enfermedades por fatiga de las vainas tendinosas, de los tejidos peritendinosos, de las inserciones musculares y tendinosas.**

Tenosinovitis de los mozos de restaurante, cajeras, costureras, dactilógrafos, mecanógrafas, lavanderas, etc.

Periostitis de los chapistas, herreros, caldereros, albañiles, canteros, etc.

#### **6c, Lesiones del menisco en las minas y trabajos subterráneos.**

Trabajos de minería, de galerías, túneles, etc.

#### **6d, Arrancamiento por fatiga de las apófisis espinosas.**

Trabajo de apaleo o de manipulación de cargas pesadas.

#### **6e, Parálisis de los nervios debidas a la presión.**

Parálisis del nervio cubital o del mediano por: manipulación de herramientas mecánicas, trabajos con apoyos sobre los codos o que entrañen una compresión de la muñeca o palma de la mano (ordeño de vacas, grabado, talla y pulido de vidrio, burilado, trabajo de zapatería). Trabajos de los leñadores, de los herreros, peleteros, deportistas (lanzadores del martillo, disco y jabalina). Trabajos que expongan a una extensión prolongada de la muñeca entrañando un síndrome del canal carpiano (lavanderas, cortadores de tejidos y de material plástico, etc.).

Trabajos en central telefónica.

Parálisis de los nervios del serrato mayor, angular, romboides, circunflejo, por la carga repetida sobre la espalda de objetos

pesados y rígidos (mudadores, cargadores de bolsas y descargadores, etc.).

Parálisis del nervio ciático popliteo externo por posición prolongada en cuclillas (empedadores, soladores, jardineros, etc.).

Parálisis del nervio radial por trabajos que entrañen contracción repetida del músculo supinador largo (conductores de automóviles, etc.).

#### **7, Nistagmus de los mineros.**

Trabajos en fondo de minas.

### **F) ENFERMEDADES SISTÉMICAS**

#### **1, Distrofia incluyendo la ulceración de la cornea por gases, vapores, polvos y líquidos.**

Trabajos en los que se produzcan polvos, líquidos, gases o vapores capaces de producir distrofia de la cornea.

#### **2, Carcinoma primitivo de bronquio o pulmón por asbesto. Mesotelioma pleural y mesotelioma debidos a la misma causa.**

Trabajos expuestos a la inhalación de polvos de amianto (asbesto).

#### **3, Carcinoma de la membrana mucosa de la nariz, senos nasales, bronquio o pulmón adquirido en industrias donde se fabrica o manipula níquel.**

#### **4, Angiosarcoma hepático causado por el cloruro de vinilo.**

Fabricación o transformación de cloruro de vinilo.

#### **5, Cáncer del sistema hematopoyético causado por el benceno.**

Fabricación, manipulación o empleo del benceno.

#### **6, Carcinoma de piel, bronquio, pulmón o hígado causado por el arsénico.**

Trabajos con exposición al arsénico.

#### **7, Neoplasia primaria del tejido epitelial de la vejiga urinaria, pelvis renal o uréter.**

Fabricación elaboración, manipulación o empleo de:

alfa-naftilamina o beta- naftilamina.

Difenilo con sustitución por un grupo nitro o un grupo amino primario o por un grupo nitro y un grupo amino primario.

Cualquiera de las sustancias del punto anterior en que haya sustitución ulterior de un anillo por grupos halógenos, metil o metoxi.

Las sales de cualquiera de las sustancias mencionadas en los dos párrafos anteriores. Auramina o magenta. Bencidina.

#### **8, Cáncer de piel, pulmón, hueso y medula ósea por radiaciones ionizantes.**

Todas las actividades mencionadas en el punto E.1 de esta lista.

#### **9, Carcinoma de la mucosa nasal, senos nasales, laringe, bronquio o pulmón causado por el cromo.**

Todas las actividades mencionadas en el punto A.5 de esta lista.





# CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN - 1

*(Contestar algunas cuestiones requiere consultar la Lista de enfermedades profesionales)*

## **1. La Prevención de Riesgos Laborales trata de proteger (elige la más completa):**

1. La Seguridad e Higiene en el Trabajo
2. La Seguridad Higiene y Ergonomía en el Trabajo
3. La Salud y Seguridad en el Trabajo
4. La Seguridad y Psicosociología en el Trabajo

## **2. Que circunstancia se considera accidente de trabajo:**

1. La lesión traumática sucedida al ir o volver del trabajo
2. Un infarto en el tiempo y lugar de trabajo
3. Una imprudencia del trabajador por exceso de confianza
4. Todas

## **3. La enfermedad profesional es:**

1. Un concepto médico
2. Un concepto jurídico
3. Toda enfermedad adquirida en el trabajo
4. Todas son ciertas

## **4. Es normativa preventiva:**

1. La Ley de Prevención 31/1995
2. Ley General de la Seguridad Social 1/1994
3. La Ley de Industria 21/1992
4. Todas son normativa preventiva

## **5. Según la Jurisprudencia un infarto sufrido en el trayecto de vuelta del trabajo es:**

1. Enfermedad profesional
2. Accidente de Trabajo
3. Enfermedad común
4. Enfermedad Relacionada con el Trabajo

## **6. La definición de enfermedad profesional está en**

1. Ley de Prevención 31/1995
2. Estatuto de los Trabajadores 1/1995
3. RD 1995/1978
4. Ley General de la Seguridad Social 1/1994

## **7. El cuadro de enfermedades profesionales vigente está recogido en:**

1. Ley de Prevención 31/1995
2. Estatuto de los Trabajadores 1/1995
3. RD 1995/1978
4. Ley General de la Seguridad Social 1/1994

**8. Criterio de causalidad entre exposición y daño es**

1. La temporalidad
2. Asociación estadística
3. Sólo la 2
4. 1 y 2

**9. La notificación administrativa de la Enfermedad Relacionada con el Trabajo se hace como**

1. Accidente no Laboral
2. Accidente de Trabajo
3. Enfermedad Común
4. Enfermedad Profesional

**10. El cuadro de enfermedades profesionales no incluye la patología laboral por**

1. Agentes biológicos
2. Radiación ionizante
3. Factores psicosociales
4. Fatiga de vainas tendinosas

**11. Desde el punto de vista práctico el cuadro de enfermedades profesionales se considera**

1. Lista mixta: con epígrafes bien tasados y otros abiertos a todo tipo de causas
2. Lista cerrada
3. Lista abierta
4. Lista imbricada

**12. Que condición no es imprescindible para declarar una enfermedad profesional**

1. El agente o elemento debe estar listado en la Lista legal vigente
2. La actividad laboral debe estar recogida en la Lista legal vigente
3. El agente o elemento debe estar en las condiciones de trabajo del paciente
4. Tiene que ser un trabajador por cuenta ajena

**13. La definición jurídica de accidente de trabajo está en**

1. En la Ley de Prevención 31/1995
2. En el Estatuto de los Trabajadores 1/1995
3. En la Ley General de la Seguridad Social 1/1994
4. En la Ley General de Sanidad 14/1986

**14. Los trabajadores autónomos**

1. Están siempre excluidos de la protección de daños por accidente de trabajo
2. Están siempre excluidos de la protección por enfermedad profesional
3. Están protegidos para ambas contingencias, igual que los trabajadores por cuenta ajena
4. Pueden acogerse de forma voluntaria a la protección por contingencias laborales

**15. Una brucelosis en un veterinario**

1. Es accidente de trabajo
2. Es enfermedad profesional si se demuestra que la ha adquirido en el trabajo
3. Es enfermedad profesional de presunción (*iuris et de iure*)
4. Es una enfermedad común mientras no demuestre lo contrario

**16. Una tuberculosis en un camarero puede calificarse como enfermedad profesional si**

1. Demuestra que la adquirió en el trabajo
2. Si demuestra que en la vigilancia médica de ingreso tenía una radiografía normal
3. Si al menos dos compañeros han sido diagnosticados de TBC en el mismo mes
4. Nunca podrá calificarse como enfermedad profesional

**17. Un médico de atención primaria que sufre una fractura de muñeca por caída cuando se desplazaba a realizar una asistencia domiciliaria es**

1. Accidente de Trabajo de los llamados *in itinere*
2. Accidente de Trabajo de los llamados en misión
3. Accidente no laboral ya que sucede fuera de su Centro de Salud
4. Enfermedad Profesional ya que sucede en su función de médico

**18. Una hepatitis C en un cirujano**

1. Es enfermedad profesional si se demuestra que la adquirió en el quirófano
2. Es enfermedad profesional si se demuestra que no tiene prácticas de riesgo extralaborales
3. Es una Enfermedad Relacionada con el Trabajo, y por tanto Accidente de Trabajo
4. Es una Enfermedad Profesional de presunción (*iuris et de iure*)

**19. ¿Que apartados del parte de enfermedades profesionales son importantes para el estudio de la enfermedad y se descuidan al cumplimentarle con mayor frecuencia?**

1. El 1 y el 3
2. El 3 y el 4
3. El 2 y el 3
4. Todos

**20. El registro estadístico anual de enfermedades profesionales en España**

1. Se adecua bastante bien a la realidad
2. Representa muy en exceso el número de enfermedades profesionales reales
3. Representa solo la “punta del iceberg” del nº real de enfermedades profesionales acaecidas
4. No existe



## RIESGOS LABORALES Y DAÑOS A LA SALUD

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales define el «riesgo laboral» como “la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado de su trabajo”. Señala que para calificar la gravedad de un riesgo se valorarán dos dimensiones: la probabilidad de que produzca el daño y la severidad del mismo.

Por otro lado, la Ley de Prevención en su artículo 4 define los daños a la salud derivados del trabajo de una forma amplia al reconocer como tales las patologías y lesiones producidas con motivo u ocasión del trabajo. Como se ve la definición es similar a la dada por el artículo 115 de la LGSS para el accidente de trabajo.

Por daños a la salud no sólo han de entenderse los traumatismos sino también las patologías somáticas y psíquicas, en analogía con la definición dada por el Código Penal al concepto de lesión en su artículo 147: “*alteración corporal,*

---

### RIESGOS EN EL MEDIO LABORAL

---

#### FISICOS

Ruido	Calor
Vibraciones	Frío
Ergonómicos	Manejo manual
Radiación	Barotrauma

---

#### QUÍMICOS

Fibras	Vapores
Polvos	Nieblas
Humos	Aerosoles
Gases	

---

#### BIOLÓGICOS

Bacterias	Virus
Hongos	Parásitos

---

#### PSICOSOCIALES

Insatisfacción	Tarea a turnos
Estrés	Tarea nocturna

---

#### MECANICOS

Caídas	Incendios
Cortes	Explosiones

*anatómica o funcional por cualquier tipo de agente mecánico, físico, químico, biológico o psicógeno”.*

Así mismo, La Ley mediante su Disposición Adicional primera mantiene vigentes las definiciones jurídicas de accidente de trabajo y enfermedad profesional tal como se recogen en la Ley General de la Seguridad Social y que ya se han expuesto en el capítulo anterior.

Los riesgos laborales con potencial daño a la salud suelen clasificarse en varios apartados. Una forma de clasificarlos es la que se muestra en la tabla adjunta.

## 5.1 Riesgos por agentes físicos

Los agentes físicos son formas de energía, en general de tipo mecánico o electromagnético, que como consecuencia de generarse en el medio laboral pueden alcanzar al trabajador y dañar su salud.

### *Ruido*

El ruido es el contaminante más extendido en el trabajo y el que más se descuida. Sus efectos sobre el oído son acumulativos y dependen tanto del nivel promedio de presión acústica por jornada laboral como del nivel máximo de presión alcanzado, medidos ambos en dB (A), y de las frecuencias de distribución del sonido en Hz, siendo más peligroso el ruido agudo que el grave.



El principal daño que ocasiona el ruido es la hipoacusia sensorial. También tiene efectos psicológicos en forma de molestias y disminución de atención que influyen en la producción de accidentes. La hipoacusia o sordera profesional por ruido se califica como enfermedad profesional por agentes físicos: epígrafe E3 del Real Decreto 1995/1978.

### *Vibraciones*

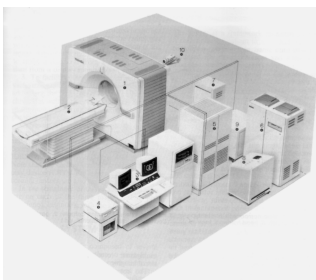


Las herramientas manuales neumáticas y eléctricas transmiten vibraciones al *sistema mano-brazo* generando un riesgo local de daño vascular, neurológico y músculo-esquelético.

Por otro lado, los vehículos industriales como camiones, carretillas y tractores transmiten vibraciones al *cuerpo completo* del trabajador y se han asociado con discopatía dorso-lumbar, siendo la lumbalgia simple el síntoma dominante.

Las lesiones por vibraciones se califican como enfermedad profesional en el epígrafe E5 del Real Decreto 1995/1978.

### *Radiación*



La radiación es una forma de energía capaz de transmitirse en el vacío a la velocidad de la luz. Puede ser ionizante o no ionizante.

a) Radiación ionizante. Es la más energética y tiene capacidad para arrancar electrones de las órbitas atómicas produciendo ionización del átomo y el consiguiente daño

celular (p.e. rayos X). Están presentes en centrales nucleares, servicios de radiología de centros sanitarios y en la industria. El material biológico más sensible es el ADN. Los efectos a corto plazo son dosis dependientes y varían desde cambios leves y reversibles en el hemograma a aplasia medular. A largo plazo, incluso a dosis bajas, la radiación ionizante puede dañar de forma irreversible el ADN produciendo neoplasias, esterilidad y teratogénesis. Estos efectos no son dosis dependientes sino probabilísticos o estocásticos y se modulan en función del grado de sensibilidad individual.

b) Radiación no ionizante. Como la ultravioleta, infrarroja o microonda. La emiten los cuerpos incandescentes y superficies muy calientes. Por tanto, está presente en trabajos de soldadura, fundición, forja e industria del vidrio.



Esta radiación al incidir en la materia biológica puede romper los enlaces químicos (efecto fotoquímico de la radiación ultravioleta), o tener sólo un efecto térmico por excitación del movimiento vibratorio de las capas electrónicas del átomo (radiación infrarroja).

Las lesiones típicas de la radiación ultravioleta son las quemaduras y lesiones oculares como conjuntivitis (p.e. soldadura).

La infrarroja es menos energética pero si incide en el cristalino puede producir cataratas si la exposición es prolongada (p.e. trabajos en fundiciones o de soplado del vidrio frente a hornos).

La enfermedad laboral benigna por radiación ionizante se contempla como enfermedad profesional en el epígrafe E1 y la catarata por radiación infrarroja no ionizante en el epígrafe E2 del Real Decreto 1995/1978.

La patología maligna por radiación ionizante de pulmón, hueso y médula ósea se contempla en el epígrafe E8.

## 5.2 Riesgo por agentes químicos

En general los contaminantes químicos se presentan en el ambiente de trabajo en forma de gases, vapores, nieblas o partículas. Por tanto, la vía de penetración habitual es la respiratoria y menos frecuente es la dérmica por contacto con cara o manos.

El número de trabajadores en riesgo es elevado. Se estima que más de una cuarta parte de los trabajadores en España se han expuesto en alguna ocasión a agentes tóxicos y en torno al 17% los manipula diariamente.

Sin embargo, la incidencia anual registrada de enfermedades profesionales por agentes químicos es baja: 3 casos por 100.000 trabajadores. No obstante, el

registro oficial no permite determinar la magnitud real del problema ya que se tiene la convicción de que existe subdeclaración. Esto se debe a que de la intoxicación aguda con clínica florida frecuente de épocas anteriores se ha pasado a daños a la salud de más difícil diagnóstico y relación con agentes empleados en el trabajo (p.e. alteraciones cognitivas por un neurotóxico). En consecuencia, cabe pensar que con frecuencia se atienden en el Servicio Público de Salud pacientes cuya clínica se debe a una intoxicación profesional crónica sin que se llegue a sospechar tal origen.

Del modelo de enfermedad aguda por exposición elevada y breve en el que la inmediatez entre exposición y daño hace irrefutable el origen profesional, se ha pasado a un modelo de enfermedad crónica por exposición moderada pero dilatada en el tiempo. En este caso la relación entre exposición laboral y daño tiene tan largo período de latencia que puede hacer discutible su relación con el trabajo. En este caso, es cuando la recogida de la historia laboral detallada es imprescindible para relacionar o descartar el origen laboral de una patología sospechosa de ser causada por exposición a un agente químico.

La historia laboral detallada ha de incorporarse a la práctica médica, con independencia del nivel asistencial, como un instrumento valioso para ayudar a establecer el nexo entre enfermedad y trabajo en caso de sospecha (capítulo 7).



Los agentes químicos dañan la salud por uno o más efectos: corrosivo (destruyen los tejidos), irritante (inflaman piel o mucosas), neumoconiótico, asfixiante, narcótico (deprime el SNC), sensibilizante (asma o dermatitis), genotóxico (cancerígenos, mutágenos) o sistémico (alteran órganos específicos, en especial hígado o riñón).

La patología laboral por agentes químicos encaja en función de su naturaleza en alguno de los siguientes grupos del cuadro de enfermedades profesionales del Real Decreto 1995/1978:

- Grupo A. Patología por agentes químicos, de carácter general
- Grupo B. Patología de la piel
- Grupo C. Patología por inhalación
- Grupo F. Enfermedades sistémicas, en general de tipo neoplásico

Si la patología laboral por un agente químico no encajara en alguno de los grupos del cuadro de enfermedades profesionales podrá calificarse como *Enfermedad Relacionada con el Trabajo* argumentando las pruebas que apoyan su origen en un informe clínico-laboral, y se notificará como accidente de trabajo de acuerdo con el artículo 115.2e de la Ley General de la Seguridad Social, como ya se ha señalado en el capítulo anterior.



### 5.3 Riesgos por agentes biológicos



Los agentes biológicos son *materia viva* del mundo animal o vegetal y se clasifican en bacterias, virus, hongos o parásitos.

Los agentes penetran en el trabajador de forma directa por distintas vías o de forma indirecta originando patología infecciosa, tóxica o alérgica.

El riesgo biológico suele afectar a profesiones relacionadas con la ganadería, avicultura, industria cárnica, de la lana, curtido, agricultura, laboratorios, sanidad, saneamiento público y limpieza urbana.

Patologías típicas son la tuberculosis, brucelosis, tétanos, legionelosis, hepatitis, carbunco, fiebre Q o fiebre tifoidea.

La patología infecciosa laboral se califica como *Enfermedad Profesional* de presunción (*iuris et de iure*) en el Grupo D si cumple las condiciones del cuadro del Real Decreto 1995/1978, sin necesidad de tener que demostrar la relación causal.

Si no cumple los criterios predeterminados del cuadro podrá calificarse como *Enfermedad Relacionada con el Trabajo* y por tanto notificarse como accidente de trabajo. En este caso habrá que argumentar con pruebas clínicas y epidemiológicas el origen en las condiciones de trabajo mediante un informe clínico-laboral, no bastando en este caso la presunción automática.

#### **Grupos laborales en riesgo de adquirir patología infecciosa**

---

- Veterinarios: Fiebre Q, leptospirosis, brucelosis.
  - Granjeros: Tétanos, Nódulo de Orf, leptospirosis
  - Sanitarios: Cualquier infección por un agente presente en su medio laboral
  - Carniceros, chacineros: Estreptococo, fiebre Q
  - Taladores forestales: Enfermedad de Lyme
  - Avicultores: Ornitosis, gripe aviar
  - Saneamiento público y limpieza urbana: leptospirosis, hepatitis
  - Curtidores: Fiebre Q, carbunco
- 

### 5.4 Riesgos por la carga de trabajo

Es típico dividir la carga de trabajo en física y mental (cognitiva y emocional).

a) La carga física depende de la interacción de varios factores:

- Ritmo de la tarea
- Posturas forzadas y/o estáticas
- Movimiento de ciclo repetitivo
- Manipulación de cargas

Si en el trabajo predomina la *carga física* por manipulación de cargas se puede producir lesión aguda por sobreesfuerzo en especial en la zona dorsolumbar.

La adopción de *posturas corporales forzadas y/o sostenidas*, y los *movimientos repetitivos* también generan reumatismos por fatiga de las estructuras tendinosas. En general, las lesiones de este origen afectan a extremidades superiores (p.e. tendinitis de hombro, de Quervain) y a la región cervical (p.e. síndrome de tensión cervical por flexión estática del cuello ante un ordenador).

b) La carga mental cognitiva, cuando predomina, puede generar malestar y estrés que se aprecia por trastornos de la conducta, fatiga mental precoz e insatisfacción laboral.

La sobrecarga mental cognitiva es propia de tareas que requieren una atención elevada y continua, a veces asociada con la toma de decisiones de elevada responsabilidad. Otras veces predomina la infracarga cognitiva por ser la tarea monótona y de escaso contenido o significado para el trabajador, lo que le suele abocar a una profunda insatisfacción laboral.

El riesgo por carga cognitiva no sigue la progresión típica que a menor exigencia menor riesgo como para el riesgo físico o químico, sino que es deseable una activación cognitiva mínima sin llegar a la sobrecarga. Se puede decir que la relación entre carga cognitiva y riesgo psíquico sigue una relación en U.



#### 5.5 Riesgos por factores psicosociales

Estos riesgos surgen si predomina la carga mental emotiva en el trabajo. Se dan en tareas con interacción frecuente con clientes o compañeros. Cada trabajador, de acuerdo con su idiosincrasia, percibe y responde de forma específica a los estresores emocionales de su trabajo y de su Organización.

Entre los potenciales estresores emocionales del trabajo están las relaciones con supervisores, compañeros y subordinados, el estilo de dirección, la participación, duración de la jornada, tarea a turno o nocturna, el ritmo de trabajo y el significado e interés que tiene para el trabajador la actividad que desempeña.

En caso de desajuste de las expectativas laborales, y si el trabajador no encuentra mecanismos de defensa (*coping*) para adaptarse a sus estresores cognitivos y emocionales, desarrollará insatisfacción, malestar y trastornos de su esfera cognitiva, conductual y psicológica de diversa gravedad. Los daños psíquicos se manifiestan como síndromes ansioso-depresivos y baja autoestima profesional y personal.

- El *burnout* o síndrome del quemado es un tipo especial de estrés prolongado que cursa con agotamiento emocional, frialdad en el trato con las personas y baja autoestima profesional. Se da en trabajos sociales que implican trato con público e importantes exigencias emocionales en la relación interpersonal. Los profesionales donde más se ha estudiado son sanitarios, docentes y policías.



- El *mobbing* o psicoterror laboral es otro tipo de estrés prolongado que deriva de la perversión de las relaciones interpersonales en el trabajo. Se produce cuando un trabajador percibe de forma sistemática que es el objetivo de acciones negativas de otro u otros trabajadores, en una situación con dificultades para defenderse de tales actuaciones que tratan de quebrar su estado psicológico (*mobbing*: acoso en manada).

El objetivo del acosador(es) es someter a la víctima a su patrón de conducta o inducirle al abandono del entorno laboral. Aunque el ataque psicológico puede provenir de un supervisor (*bossing*) o de subordinados (*mobbing* vertical ascendente), lo más frecuente es que provenga de compañeros (*mobbing* horizontal).

Si el acosador es una sola persona suele tener un desorden de la personalidad de tipo narcisista psicopática y muestra hipervigilancia y control de su víctima. En general se trata de un mediocre profesional con un historial previo de agresiones sistemáticas (psicópata organizacional). En este caso el resto de compañeros participan permitiendo su conducta por miedo (manada pasiva).

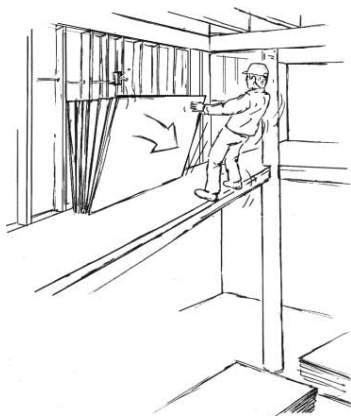
Las patologías derivadas del riesgo psicosocial de estrés, *burnout* o *mobbing* se manifiestan también en forma de cuadros ansiosodepresivos más o menos graves. Esta patología psíquica no se contempla en el cuadro de enfermedades profesionales del Real Decreto 1995/1978 pero cabe calificarla como accidente de trabajo valorando caso a caso el nexo causal entre el daño psíquico y trabajo. A pesar de ello, es habitual que tal nexo no se acepte de entrada por la Entidad gestora de la contingencia laboral (INSS) o la MATEPSS colaboradora.

En consecuencia, en los últimos años, han aumentando los litigios por presunta patología psíquica laboral ante los Tribunales del Orden Social y éstos empiezan a sentar Jurisprudencia al reconocer en diversas sentencias que el daño psíquico por estrés, *burnout* o *mobbing* originados en el entorno laboral es accidente de trabajo en base al artículo 115 2.e de la Ley General de la Seguridad Social.

## 5.6 Riesgos por agentes mecánicos

El riesgo mecánico se asocia al uso de máquinas, herramientas peligrosas y a deficiencias en los lugares de trabajo. Así, pueden presentarse por el mal estado de suelos, apilamiento inestable de materiales o uso de vehículos industriales. Los daños a la salud son de naturaleza súbita y traumática como caídas y contusiones. El daño laboral por un riesgo mecánico se califica fácilmente como accidente de trabajo de acuerdo con el artículo 115.1 de la LGSS, dada la consecuencia evidente e inmediata entre riesgo y lesión (p.e. riesgo por tarea a 3 m de altura y fractura de calcáneo tras caída a distinto nivel).

En este caso la función principal del médico, sea de Primaria, Especializada o de un Servicio de Urgencias, es que no se oculten los accidentes de trabajo como accidentes de tráfico, accidentes domésticos o de ocio. Estos intentos son cada vez más frecuentes para encubrir contrataciones irregulares, evitar recargos en las pólizas de seguros con Mutuas y ocultar la siniestralidad para evitar la intervención de la Autoridad Laboral a través de la Inspección de Trabajo.



Un ejemplo real. Un trabajador que repara un tejado cae desde 3 metros sin sufrir aparentemente lesiones graves. Por orden del empresario dos compañeros le trasladan a su domicilio. El médico de Atención Primaria acude tras el aviso encontrando al accidentado en la cama con contusiones y dolor generalizado acompañado por los dos compañeros con el buzo puesto. A la pregunta de cómo se han producido las lesiones responde que se ha caído por las escaleras de la casa.

## 5.7 Trabajo y embarazo

La embarazada y el feto son especialmente sensibles a ciertos riesgos laborales. Tendrá precaución con los siguientes si están presentes en sus condiciones de trabajo:

- *Riesgos biológicos.* Rubéola, varicela.
- *Radiación ionizante.* Evitará las áreas con riesgo de superar los 2 mSv en el abdomen (equivalente a 1 mSv al feto).
- *Agentes químicos.* Los agentes embriotóxicos se identifican en la etiqueta del envase y en la ficha de seguridad del producto con las frases R40, R45 o R46. También perjudican el embarazo los tóxicos para la reproducción que se identifican por las frases R60, R61, R62 o R63.
- *Movilización de cargas pesadas*

- *Posturas forzadas o estáticas.*
- *Accidentes de trabajo.* (p.e. suelo deslizante con riesgo de caída).
- *Estrés laboral.* Evitará si le supone fatiga la tarea a turno o nocturna.

En caso de riesgo para el embarazo y para que proceda el derecho de la trabajadora a desempeñar un puesto alternativo exento de riesgo es preciso que lo certifiquen dos informes médicos conforme a la Ley 39/1999 sobre Conciliación de la Vida Familiar y Laboral:

1. Informe de los servicios médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social o de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales colaboradora.
2. Informe del facultativo del Servicio Público de Salud que asista a la trabajadora



Si a pesar de ambos informes el cambio de puesto de trabajo no resulta posible podrá declararse el paso de la embarazada a situación de suspensión de contrato declarando el facultativo del Servicio Público de Salud la contingencia de incapacidad temporal por riesgo laboral durante el embarazo, con derecho a percibir una prestación económica del 75% de su base reguladora (Real Decreto 2151/2001 sobre prestaciones económicas por maternidad, que desarrolla la Ley 39/1999 sobre Conciliación de la Vida Familiar y Laboral).

El artículo 134 de la Ley General de la Seguridad Social, en relación con el artículo 14 de la Ley 39 / 1999, de 5 de Noviembre, de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral, señala lo siguiente:

*"a los efectos de la prestación económica por riesgo durante el embarazo, se considera situación protegida el período de suspensión del contrato de trabajo en los supuestos en que, debiendo la mujer trabajadora cambiar de puesto de trabajo por otro compatible con su estado, en los términos previstos en el artículo. 26.3 de la Ley 31 / 1995 de Prevención de Riesgos Laborales, dicho cambio de puesto no resulte técnica u objetivamente posible, o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados".*

La suspensión del contrato, y declaración de incapacidad temporal por riesgo laboral para el embarazo, es la última medida a utilizar y es un derecho que podrá ejercer la trabajadora embarazada si no es posible técnica u objetivamente adaptar su propio puesto de trabajo o cambiar a otro libre de riesgos.



## ASPECTOS GENERALES DE LA PATOLOGÍA LABORAL

La patología laboral que se asociaba hace años a los sectores industrial, minero y agrario, se ha desplazado con las nuevas tecnologías al sector de servicios incluyendo oficinas y centros sanitarios. A pesar de ser endémica y con brotes epidémicos esporádicos la patología laboral es poco diagnosticada y notificada incluso cuando el nexo entre la exposición laboral y el daño es fácilmente reconocible. Esta patología se puede prevenir por lo que pasar por alto su diagnóstico en un trabajador implica perder la oportunidad de proteger la salud de sus compañeros de trabajo. Desde la perspectiva de la Salud Pública un paciente con patología laboral se debe considerar un "caso centinela" y es preciso investigar y controlar las causas que lo han originado.



La Comisión Europea instó en el 2003 a sus Estados miembros a tomar medidas para que la patología laboral sea mejor identificada y notificada, y a que se adopten criterios diagnósticos armonizados en la Unión Europea.

En Europa se estima que ocho millones de trabajadores al año presentan problemas de salud por su trabajo. Más de la mitad son de tipo músculo-esquelético y son especialmente prevalentes en el sector sociosanitario por la manipulación de pacientes impedidos. Asimismo, la patología respiratoria laboral afecta a más de medio millón de trabajadores.

### Patologías cuyo origen profesional es frecuente

Asma	Sordera de percepción
Dermatitis	Lumbalgia
Mesotelioma	Neumoconiosis
Tendinitis	Fenómeno de Raynaud 2º

El médico del Servicio Público de Salud, sea de Atención Primaria o Especializada, tiene un importante papel como centinela en identificar la patología laboral más prevalente y evitar su progresión. Además, identificar un caso puede proteger a otros trabajadores expuestos al mismo riesgo con la aplicación de las medidas preventivas oportunas en el ambiente laboral o por el diagnóstico y terapia precoz de su patología incipiente y con frecuencia reversible.

En España la mayor parte de trabajadores pertenecen a la pequeña y mediana empresa carentes de Servicio de Prevención propio con médicos especialistas en Medicina del Trabajo a los que consultar. En consecuencia, suelen acudir en primera instancia al médico de Atención Primaria para resolver sus problemas de salud y con frecuencia desconociendo que éstos tienen un origen laboral. Por tanto, gran parte de la identificación y diagnóstico de la patología laboral se perderá a menos que el facultativo del Servicio Público de Salud mantenga un nivel mínimo de alerta en este ámbito. Sin embargo, varias circunstancias no favorecen esa actitud. Por un lado, durante la licenciatura la formación en patología laboral es casi nula y los conceptos jurídicos de enfermedad profesional y accidente de trabajo son desconocidos. Tampoco mejora el nivel de sensibilización en este campo el periodo formativo como médico interno residente. Otros factores que influyen en el infradiagnóstico de la patología laboral son por un lado la propia ignorancia del trabajador en conectar su daño con el trabajo que desempeña, y por otro la eventual presión asistencial del médico que limita sus posibilidades de realizar una historia laboral detallada. Todas estas circunstancias hacen que el registro actual de enfermedades profesionales sea sólo la punta de un iceberg de dimensiones desconocidas.

No obstante, el papel de médico del Sistema Público se optimiza si mejora su nivel de conocimiento en la patología laboral más prevalente y fácil de identificar, mantiene un mínimo de vigilancia en su actividad asistencial y se preocupa por la toma de la historia clínico-laboral. Además ha de tener un fácil acceso a fuentes de información, asesoramiento y bibliográficas.

Cuando un médico sospecha el nexo entre una patología y el trabajo ya está facilitada la vía para calificarla como *Enfermedad Profesional* si está en el cuadro del Real Decreto 1995/1978 o, caso contrario, como *Enfermedad Relacionada con el Trabajo* (Ley General de la Seguridad Social, artículo 115.2e). Además puede prevenir la progresión de entidades como la dermatosis o el asma laboral en su fase inicial, o los efectos de tóxicos que tienen carácter acumulativo.

Riesgos laborales y daños a la salud

La patología laboral es muy prevalente. Se estima que el 75% de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria están o han estado expuestos a algún tipo de riesgo laboral y hasta en el 15% su patología tiene su origen en el trabajo. Esta proporción es incluso mayor cuando se trata de una patología dermatológica, músculo-esquelética o respiratoria.

Sin embargo sólo se diagnostica la patología laboral en un porcentaje reducido de casos, y aunque tiene un espectro muy amplio la más prevalente es fácil de identificar manteniendo un mínimo de alerta en la práctica asistencial. En la siguiente tabla se muestra la patología más prevalente.



## Patología laboral prevalente: factores de riesgo y ocupaciones típicas

<b>Patología</b>	<b>Factores de riesgo</b>	<b>Ocupaciones</b>
<b><u>REUMÁTICA</u></b>		
S. Túnel carpiano	Movimiento repetitivo Vibraciones Desviación de la muñeca Temperatura fría	Laboratorios Construcción Tareas ante ordenador Manipulador de alimentos
Tendinitis de Quervain	Movimiento repetitivo Tareas de fuerza elevada	Lavanderas Tareas de montaje
S. tensión cervical	Flexión cervical estática	Tareas ante ordenador
S. conducto torácico	Postura estática Movimiento repetitivo	Tareas de montaje
<b><u>INHALATORIA</u></b>		
Fibrosis Intersticial	Amianto Sílice	Construcción Minería, chorreo con arena
Asma	Productos animales Productos vegetales Polvo de madera Polvo de látex Isocianatos Metales Aceites de corte	Laboratorios Panaderos Carpinteros Sanitarios Manufactura de plásticos Soldadores, acerías Actividades diversas
Bronquitis	Ácidos Humos Óxidos de nitrógeno	Laboratorios Bomberos Soldadores
Neumonitis alérgica	Heno Aceites de corte	Granjeros Torneros
Irritación vías aéreas	Polución de interiores (por ejemplo s. del edificio enfermo)	Oficinas
<b><u>NEUROLÓGICA</u></b>		
Encefalopatía crónica	Disolventes orgánicos Pesticidas Plomo	Pintores Aplicación de pesticidas Pintores
Polineuropatía	Pesticidas Plomo	Aplicación de pesticidas Pintores
Sordera de percepción	Ruido	Caldereros
<b><u>INFECCIOSA</u></b>		
	VHB, VHC, VIH	Sanitarios

Patógenos sanguíneos		
Patógenos vía aérea	Tuberculosis, Ántrax	Sanitarios, cardadores, peleteros
Patógenos por vía oral	Hepatitis A	Sanitarios, Veterinarios
Zoonosis	Brucelosis Enfermedad de Lyme	Veterinarios, Taladores
<b><u>CÁNCER</u></b>		
Pulmón	Amianto Cromo	Construcción, astilleros Soldadores
Mesotelioma	Amianto	Construcción, astilleros
Vejiga, urotelio	Bencidina	Laboratorios, manufactura de plásticos
Senos nasales	Polvo de madera dura	Ebanistería
<b><u>PIEL</u></b>		
Dermatitis de contacto	Disolventes Níquel Látex	Diversas ocupaciones Peluqueros Sanitarios
<b><u>REPRODUCTIVA</u></b>		
Aborto espontáneo	Oxido de etileno	Esterilización
Infertilidad	Dibromocloropropano	Manufactura de pesticidas
Teratogénesis	Radiación ionizante	Instalaciones nucleares
Anomalías del desarrollo	Plomo	Fontaneros, soldadores

### Un ejemplo ilustrativo

Un hombre de 43 años refiere cefalea de varias semanas. El médico de Atención Primaria tras explorarle descarta patología neurológica, le diagnostica cefalea tensional y prescribe un analgésico. Al agravarse la cefalea remite el paciente a un neurólogo que tras una TAC normal indica varios tratamientos sin efecto positivo.

Por fin se realiza una historia laboral que revela que el inicio de la cefalea coincidió con el cambio de puesto de trabajo en el astillero donde trabaja, cuando pasó a realizar tareas de pintado de buques a pistola portando como protección una mascarilla de papel cuando lo adecuado es una máscara completa con filtros específicos para vapores de disolventes.

La cefalea remitió tras varios días en IT y no recayó cuando al volver a su actividad laboral se le dotó de una máscara con visor y filtros frente a vapores orgánicos.

## LA HISTORIA CLINICO-LABORAL

La historia clínica no debe limitarse a interrogar por la profesión ya que la información que aporta es insuficiente para sospechar un nexo entre los síntomas y el trabajo. Así, un ingeniero puede trabajar en una oficina con un ordenador o en un taller industrial expuesto a vapores químicos y maquinaria.

La historia clínico-laboral se realiza en uno o dos estadios en función del nivel de sospecha del origen del proceso que se estudia en las condiciones de trabajo.

### I. Historia clínico-laboral básica

En toda historia clínica rutinaria además de preguntar por la profesión se deben añadir tres cuestiones básicas:

- ¿Qué hace usted exactamente?
- ¿Cómo y con qué lo hace?
- ¿En que ambiente lo hace? (p.e. polvo, humo, gas, vapor, ruido, vibraciones, tarea repetitiva o manipulación de cargas).



Si tras las respuestas a estas cuestiones rutinarias se sospecha un origen laboral de la patología se continuará indagando por aspectos que ayudan a confirmar la conexión entre síntomas y trabajo:

- ¿Los síntomas se agravan durante la jornada?
- ¿Mejora en fin de semana o en vacaciones y recae al volver al trabajo?
- ¿Algún compañero de trabajo presenta síntomas similares?
- ¿Cree que sus síntomas son de origen laboral?

Alguna respuesta afirmativa ya sugiere con cierto grado de certeza que la patología es de origen laboral, en particular para las tres primeras cuestiones. En este caso se pasará al siguiente estadio: documentar la historia clínico-laboral detallada.

## II. Historia clínico-laboral detallada

La historia laboral detallada puede iniciarse con la entrega de un cuestionario prediseñado para que el paciente lo devuelva cumplimentado en la próxima visita, lo que es de especial interés cuando la presión asistencial es elevada.

En el cuestionario el paciente detallará por orden cronológico, sus empleos, tiempo de permanencia y las exposiciones que ha sufrido en cada uno.

### Modelo de cuestionario autoadministrado para la historia laboral detallada.

Nombre: \_\_\_\_\_

*Listar las tareas realizadas desde que comenzó a trabajar, incluyendo los años en cada una.*

Fecha	Empresa	Oficio o funciones	Exposiciones (polvo, humo, gas, ruido, movimiento repetitivo, manejo de cargas)	Medios de protección (mascarillas, guantes, tapones auditivos)
Ejemplo: 1995-99	Astillero	Soldador	Gases y vapores de soldadura, ruido, posturas anómalas, movimientos repetitivos, cargas	Mascarilla, protección auditiva

Si tras evaluar el cuestionario en una segunda visita persiste la sospecha de patología laboral se enfatizará sobre los aspectos que se presentan a continuación, y que servirán para argumentar en el informe clínico-laboral que se redacte los motivos clínicos y epidemiológicos que apoyan la relación entre la patología y el trabajo.

#### 1) Listado de empleos desarrollados

- Valorar las profesiones desarrolladas, empresas y periodos.
- Considerar todos los oficios ya que algunas patologías como las neoplásicas pueden originarse tras exposiciones cortas. Así, una exposición breve a fibras de amianto puede originar un mesotelioma años más tarde.
- Considerar las funciones "reales" desarrolladas por oficio ya que suele haber gran variación funcional en un mismo gremio profesional.

## 2) Exposiciones de riesgo

Se valorarán las exposiciones significativas por cada oficio, en especial las que se asocian con la patología laboral más prevalente:

- Manipulación manual de cargas
- Tareas con movimientos de ciclo repetitivo
- Posturas estáticas y/o penosas
- Ruido, vibraciones
- Inhalación de polvos orgánicos (p.e. algodón, látex, madera)
- Inhalación de polvos inorgánicos (p.e. amianto, sílice, metales)
- Inhalación de vapores, gases (p.e. disolventes, aldehídos)

Conviene considerar no sólo las exposiciones del propio puesto de trabajo sino también las indirectas que puedan provenir de los puestos vecinos. Así, el polvo, gas o vapor originado en un puesto puede difundir por todo el lugar de trabajo y afectar al resto de puestos.

En caso de exposición a agentes químicos cabe estimar la cantidad de contaminante que ha alcanzado la vía inhalatoria del trabajador considerando:

- a) Si el agente es de uso frecuente u ocasional, si en ciclo cerrado o abierto. Es decir, valorar el riesgo de que haya penetrado en el trabajador en forma de gas, vapor o partícula, en que grado y con que duración.
- b) Si el puesto de trabajo dispone de medidas para captar el contaminante en el origen o diluirlo por ventilación natural o artificial.
- c) Si se utiliza de forma regular y correcta equipos de protección personal como máscaras, mascarillas y guantes.

## 3) Valorar la relación temporal entre síntomas y trabajo

El inicio de los síntomas en el trabajo y la remisión fuera del mismo es una pista clave para establecer el nexo causal. A veces el paciente llega a precisar que los síntomas comenzaron tras la introducción de un nuevo agente químico o tras la modificación de sus condiciones de trabajo.

No obstante, en caso de patología laboral en fase crónica la relación temporal entre trabajo y síntomas puede diluirse ya que la clínica suele persistir fuera de la jornada laboral, incluso en fin de semana y vacaciones.

#### 4) Síntomas similares en compañeros del trabajo

El origen laboral es muy probable si entre los compañeros se detectan síntomas similares (*cluster laboral*). Los pacientes con patología laboral señalan con frecuencia esta circunstancia. Los mismos síntomas en compañeros pueden iniciarse en pocos días (p.e. tras introducir un nuevo agente irritante) o tras años para patologías más raras (p.e. cáncer de vejiga y uso de anilinas en la industria de tintes para textiles).

#### 5) Patología específica de ciertas exposiciones

Por ejemplo existe una relación estrecha entre mesotelioma y amianto o entre angiosarcoma hepático y cloruro de vinilo.

#### 6) Fracaso de la terapia estándar

Cuando fracasa un tratamiento habitualmente eficaz debe sospecharse una patología laboral ya esta circunstancia ocurre, en general, porque continúa la exposición laboral (p.e. cefalea refractaria a analgésicos por continuar la exposición a vapores de disolventes orgánicos).

#### 7) Perfil epidemiológico atípico

Como el desarrollo de un cáncer de pulmón en no fumador.

#### 8) Exposiciones de origen no laboral

Tabaco y alcohol potencian los efectos de algunos contaminantes laborales (efecto sinérgico). Así, el tabaco eleva de forma notable el riesgo de cáncer de pulmón por amianto.

Las actividades de ocio también pueden contribuir en el desarrollo de la patología, en especial las de tipo músculo-esquelético.

Tras la toma de la historia clínico-laboral detallada se estará en condiciones de sustentar o no el origen laboral de la patología. En caso afirmativo se podrá incluso elaborar un informe clínico-laboral señalando los hallazgos que apoyan la calificación de la patología como contingencia laboral.

El informe médico, como todo informe pericial, estará bien fundamentado. Esto es de especial relevancia si la patología no encaja en la lista de enfermedades profesionales del Real Decreto 1995/1978 donde como ya se ha señalado rige el principio de presunción automática (ver capítulo 4). En tal circunstancia, y siguiendo el criterio del artículo 115.2 de la Ley General de la Seguridad Social, podrán calificarse como accidente de trabajo las *patologías no listadas* probando con razones clínicas y epidemiológicas la conexión entre la patología y el trabajo. Como ya se ha expuesto, a esta patología laboral no listada como Enfermedad Profesional se la ha denominado "Enfermedad Relacionada con el Trabajo".

En el informe clínico-laboral se expondrán los fundamentos en que se basa el facultativo para apoyar la relación entre trabajo y enfermedad. Hay que recordar, que en caso de conflicto entre partes (p.e. trabajador, empresa, Servicio Público de Salud, Instituto Nacional de la Seguridad Social, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales) será un juez de la Jurisdicción social quién finalmente resuelva, con los informes aportados por las partes, la calificación o no de una patología como contingencia laboral. En tal circunstancia un informe clínico-laboral bien argumentado apoyando el origen laboral de una patología puede resultar decisivo.

---

### **Apartados a contemplar en la historia laboral detallada**

---

#### **Listar los empleos desarrollados**

- Empleos y períodos
- Funciones en cada actividad

#### **Exposiciones**

- Agentes químicos (p.e. aldehídos, disolventes, metales, amianto, sílice)
- Agentes biológicos (p.e. hepatitis, tuberculosis, VIH)
- Agentes físicos (p.e. ruido, movimiento repetitivo, radiación)
- Manipulación de cargas
- Posturas inadecuadas (p.e. cuclillas) o prolongadas (p.e. sedentación)
- Tareas de ciclo repetitivo

#### **Valorar**

- Vías de entrada de contaminantes: inhalatoria, piel, digestiva
  - Uso de medios de protección
  - Si disponibles: mediciones de niveles ambientales de exposición
  - Relación temporal entre síntomas y trabajo
  - Síntomas tras la introducción de un agente o cambio de condición de trabajo
  - Síntomas similares en compañeros de trabajo
  - Estresores psicológicos: monotonía, insatisfacción, trato con público, apoyo de compañeros
  - Valorar exposiciones no laborales: domésticas, ocio
-





## CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN - 2

(Contestar algunas de las cuestiones requiere consultar la Lista de enfermedades profesionales)

### 1. La lumbalgia aguda laboral tras sobreesfuerzo se califica como

1. Enfermedad profesional
2. Accidente de Trabajo
3. Enfermedad común
4. Son posibles 1 y 2

### 2. Un Raynaud 2º a vibraciones en el trabajo está en el RD 1995/1978 en el epígrafe

1. B2
2. E5
3. C2
4. F8

### 3. La cefalea crónica por inhalar vapor de xileno está en la Lista de Enf. Profesionales en

1. El Grupo A, enfermedades profesionales por agentes químicos
2. El Grupo C por inhalación de agentes no comprendidos en otros apartados
3. El Grupo F de enfermedades profesionales sistémicas
4. El xileno no está recogido en la Lista oficial vigente

### 4. Un forense desarrolla asma laboral por inhalación de formol

1. Es una Enfermedad Profesional (Grupo E, epígrafe 5)
2. Es Accidente de Trabajo
3. Es una Enfermedad Profesional (Grupo A, epígrafe 34)
4. Es la llamada Enfermedad Relacionada con el Trabajo

### 5. La radiación menos energética es

1. La infrarroja
2. La ultravioleta
3. La ionizante
4. Todas tienen el mismo nivel energético

### 6. Se estima que el origen laboral de las consultas de Atención Primaria es del

1. 1%
2. 5%
2. 15%
3. 40%

### 7. Se sospechara patología laboral en caso de

1. Patología con perfil epidemiológico típico
2. Ausencia de síntomas en compañeros de trabajo
3. Relación cronológica con el calendario laboral
4. Un fumador importante

**8. La patología laboral por agentes químicos en el RD 1995/1978**

1. Se recoge sólo en el Grupo A
2. Se recoge sólo en el Grupo E
3. Se recoge sólo en el grupo B
4. Está dispersa en varios grupos de la Lista de Enfermedades Profesionales

**9. Una patología laboral por un agente químico no listado en el RD 1995/1978**

1. Es una Enfermedad Relacionada con el Trabajo si se prueba la relación
2. Es una Enfermedad Profesional
3. Se notificará como Accidente de Trabajo si se prueba la relación
4. Son ciertas 1 y 3

**10. En caso de discrepancia entre partes la calificación final de Enfermedad profesional la realiza**

1. Un médico forense
2. Un inspector de trabajo
3. Un juez
4. Un médico especialista en la enfermedad estudiada

**11. La situación de embarazo**

1. La Ley de Prevención no dice nada al respecto
2. Es causa IT en el tercer trimestre
3. La trabajadora tiene derecho a cambio de puesto de trabajo con el informe de un médico
4. La trabajadora tiene derecho a cambio de puesto de trabajo con informes de dos médicos

**12. Cuando un facultativo trata con pacientes terminales su carga de trabajo predominante es:**

1. Carga física de trabajo
2. Carga emocional de trabajo
3. Carga cognitiva de trabajo
4. De tipo ergonómico

**13. Cuando un arquitecto realiza los planos de un proyecto su carga de trabajo predominante es:**

1. Física
2. Emocional
3. Cognitiva
4. Psicosocial

**14. Un cuadro ansioso depresivo por *mobbing* laboral cabría calificarlo como**

1. Enfermedad profesional
2. Accidente de trabajo de presunción
3. Accidente de trabajo por informe clínico-laboral que pruebe la relación causal
4. Es siempre una contingencia común

**15. Que el diagnóstico de enfermedad profesional es de presunción automática o de *iuris et de iure* significa**

1. Que admite pruebas en contrario de tercera parte
2. Que es irrefutable, no admite pruebas en contrario
3. Que no se puede asegurar su origen profesional
4. Que aún está en estudio

**16. Un agente que genera un asma laboral alérgico tiene un efecto**

1. Irritante
2. Sistémico
3. Sensibilizante
4. Corrosivo

**17. Que asociación entre exposición laboral y daño no es habitual**

1. Ruido-Sordera
2. Radiación infrarroja-Quemadura en piel
3. Vibraciones-Lumbalgia
4. Radiación ultravioleta-Queratoconjuntivitis

**18. Cuando una patología benigna en estudio no remite en vacaciones**

1. Puede ser una patología laboral en fase crónica
2. Es un criterio de enfermedad profesional
3. Se declara la invalidez permanente del trabajador
4. Es una enfermedad común

**19. La enfermedad profesional por agente biológico está en el RD 1995/1978 en el grupo**

1. A
2. B
3. C
4. D

**20. Es habitual que los accidentes de trabajo sean originados por riesgos de tipo**

1. Químico
2. Físico
3. Psicosocial
4. Mecánico



## PATOLOGÍA LABORAL PREVALENTE

Como consecuencia de la introducción de una normativa más exigente y de avances en la técnica preventiva se ha apreciado un descenso de la patología laboral grave y frecuente de épocas pasadas como la silicosis, hepatitis, brucelosis o aplasias medulares. En cuanto al cáncer laboral casi ha desaparecido el angiosarcoma hepático por cloruro de vinilo y las neoplasias hematológicas por benceno o radiación ionizante. Sin embargo está aumentando el cáncer por amianto pese a la estricta normativa de 1984 dado su largo período de latencia, en general de más de 20 años, entre la exposición al asbesto de épocas pasadas y el desarrollo de la neoplasia.

Hoy se considera patología laboral emergente las afecciones músculo-esqueléticas que se agrupan bajo el término de *reumatismos laborales*. Entre sus factores etiológicos se invocan los movimientos repetitivos o inadecuados, el sedentarismo laboral y una cierta susceptibilidad personal. Inciden en variedad de profesiones, incluidas las del sector servicios en las que se realizan tareas en posturas inadecuadas o estáticas, movimientos repetitivos y manipulación de cargas. Se asiste asimismo a un incremento de trastornos alérgicos como la dermatitis y el asma y de daños por nuevos agentes químicos. También están aumentando las patologías relacionadas con el estrés laboral, o con la mala calidad del aire interior de los edificios acondicionados como las alveolitis alérgicas, infecciones respiratorias y rinoconjuntivitis.

A continuación se describe de forma sintética la patología laboral más prevalente, de fácil identificación y diagnóstico en la consulta diaria, y ante la cual todo médico debe descartar siempre su eventual origen laboral.

### I. REUMATISMOS LABORALES

Muy frecuentes y descritos en todos los sectores laborales. Se estima que más de la mitad de la patología laboral que cursa con IT se debe a procesos reumáticos. Éstos se localizan casi siempre en extremidad superior, cuello y región lumbar. Con frecuencia el primer médico con el que contacta el trabajador con una de estas afecciones laborales es el de Atención Primaria. La historia muestra que el trabajo generó los síntomas o descompensó un cuadro clínico latente.

## Ia. Afecciones en extremidad superior y cuello

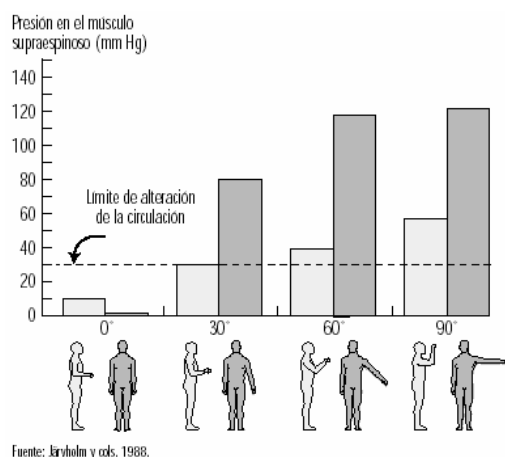
Se asocian con movimientos repetitivos de un mismo conjunto muscular provocando de forma sucesiva fatiga, dolor y lesión. Se trata de la realización continua de ciclos de trabajo de movimientos similares en su secuencia temporal, patrón de fuerzas y características espaciales. También están implicados en su origen el manejo de cargas, las posturas estáticas y ciertos factores psicosociales del trabajo como la monotonía e insatisfacción laboral.

Las lesiones son muy frecuentes y encajan en su mayoría en el epígrafe E-6b en el cuadro de EP: *Enfermedades por fatiga de las vainas tendinosas, de los tejidos peritendinosos, de inserciones musculares y tendinosas*. El propio cuadro da una lista no exhaustiva y cita como ejemplos las tenosinovitis de mozos de restaurantes, cajeras, costureras, mecanógrafas, lavanderas y las periostitis del chapista, herrero, calderero, albañil o cantero.

La tendinitis de hombro, tendinitis de Quervain, epicondilitis y la epitrocleitis de origen laboral encajan en este epígrafe y se describen a continuación.

### Tendinitis de hombro

La tendinitis del manguito de los músculos rotadores es frecuente en tareas en las que los codos permanecen en separación (abducción) sostenida como cuando se trabaja con las manos por encima del nivel de los hombros. La separación y flexión del brazo comprime la arteria que irriga el tendón del manguito produciendo de forma secuencial fatiga, dolor y lesión. Es frecuente en tareas de soldadura por encima del nivel de la cabeza o de montaje de estructuras.



### Epicondilitis, epitrocleitis

Los tendones que se insertan en las prominencias del húmero en el codo facilitan la prono-supinación de la muñeca y pueden inflamarse por sobrecarga mecánica.

Cuando afecta a la parte externa del codo se denomina codo de tenista o epicondilitis y si a la interna codo de golfista o epitrocleitis. Son de alta incidencia en profesiones con tarea manual intensiva en las que se realizan esfuerzos repetitivos de la muñeca del tipo atornillar, destornillar o martillear, en particular si el brazo permanece en extensión. A veces son de origen traumático por un impacto directo.

Ambas dolencias suelen aparecer a partir de los cuarenta años y son raras antes de los treinta. Los síntomas consisten en dolor, en especial al extender (epicondilitis) o flexionar (epitrocleitis) la mano contra resistencia. La presión de un objeto con el codo extendido puede ser muy dolorosa. La duración suele oscilar entre varias semanas y algunos meses, tras lo que suele producirse una recuperación completa siendo pocos los casos que requieren intervención quirúrgica.

Señalar que los factores de riesgo de reumatismos laborales en cuello y extremidad superior pueden darse de forma aislada aunque lo habitual es que concurren de forma sinérgica:

#### **Factores de riesgo de reumatismos cervicales y/o de EESS**

---

- Movimientos de ciclo repetitivo
  - Aplicación de fuerza excesiva
  - Posturas sostenidas y/o anómalas
  - Presión local por contacto con bordes agudos
  - Vibraciones
  - Ritmo de tarea acelerado
  - Factores psicocociales (p.e. insatisfacción laboral, estrés)
  - Sensibilidad individual
- 

### Tendinitis de Quervain

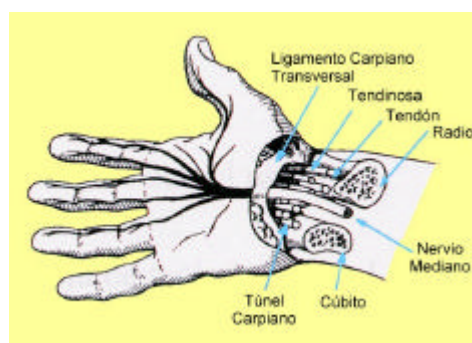
Es una tenosinovitis estenosante de las vainas tendinosas que extienden y abducen el pulgar. Se da en cualquier edad y es más frecuente en la mujer. Como causas se invocan el movimiento repetitivo de la muñeca con fuerza y en desviación, como el uso de alicates o tareas de aserrado, o las que requieren un agarre fuerte con giro repetido de muñeca del tipo exprimir la ropa para escurrirla. Además puede observarse tras un traumatismo directo.

Cursa con dolor en la muñeca y debilidad para la prensión de la pinza entre pulgar e índice. En ocasiones el dolor se extiende al pulgar y antebrazo. Existe hipersensibilidad local y finalmente un engrosamiento palpable en el lugar de la constricción que puede llegar a ser visible.

Doblar la muñeca hacia el meñique con el pulgar flexionado bajo la palma agrava los síntomas (prueba de Finkelstein) y en algunos casos se observa un chasquido al mover el pulgar. Los cambios anatomopatológicos consisten en un engrosamiento de la capa externa de las vainas tendinosas.

### Síndrome del túnel carpiano

Se desarrolla en tareas con movimiento repetitivo de muñeca en flexo-extensión, desviación lateral o rotación rápida. Las actividades típicas en las que se observa son albañilería, carpintería, tareas ante ordenador o en central telefónica sin apoyo de muñecas, tareas de montaje o de martilleo. Se asocia también al uso de herramientas manuales.



La tenosinovitis se origina por sobrecarga mecánica de los tendones flexores de la cara palmar de la muñeca produciendo compresión y atrapamiento del nervio mediano en su trayecto estrecho entre el ligamento anular y los huesos del carpo, lo que origina un síndrome compartimental.

Los síntomas son dolor que puede llegar a codo y hombro que se intensifica en la noche, entumecimiento y sensación de hormigueo en la cara palmar con necesidad de sacudir la mano para recobrar la sensibilidad. Si la patología progresa aparece debilidad con incapacidad para atarse, coser y sostener objetos.

En la lista de enfermedades profesionales del Real Decreto de 1995/1978 este síndrome se incluye dentro del epígrafe específico E-6e: *"Parálisis de los nervios debidos a la presión"*.



## Fenómeno de Raynaud secundario



Una variedad de herramientas manuales rotativas (p.e. taladro) o de percusión (p.e. martillo neumático) transmiten vibraciones al sistema mano-brazo. La exposición a determinados niveles de vibración provoca trastornos vasculares locales de entre los cuales el fenómeno de Raynaud es el más importante.

Los efectos de las vibraciones dependen de su amplitud, frecuencia, dirección y tiempo de exposición. Además influyen la humedad, temperatura y sensibilidad individual.

Las vibraciones también pueden producir anomalías neurológicas así como artrosis en muñeca, carpo y codo. Los huesos del carpo más susceptibles son el semilunar (enfermedad de Kienbock) y el escafoides (enfermedad de Kholer).

En el listado de enfermedades profesionales del Real Decreto 1995/1978 las lesiones por vibraciones se incluyen dentro del epígrafe específico E5: "Enfermedades osteo-articulares o angioneuróticas provocadas por vibraciones mecánicas"

## Ib. Afecciones en columna lumbar

### Lumbalgia

La columna vertebral funciona según el principio de la palanca por lo que la mayor parte de las lesiones se producen en la zona lumbar. La columna está diseñada para la bipedestación y no para izar cargas o adoptar posturas forzadas sostenidas como las requeridas con frecuencia en el trabajo, y menos aún con el tronco en flexión o girado. En la lumbalgia laboral intervienen tanto factores de la actividad como factores predisponentes del propio trabajador.

■ En cuanto a *factores de la actividad* la lumbalgia se asocia con tareas de carga física elevada, posturas anómalas o estáticas prolongadas, flexiones o giros repetidos del tronco, manipulación de cargas y conducción de vehículos industriales transmisores de vibraciones al cuerpo completo como los tractores.



- Respecto a los *factores psicosociales* del trabajo se ha observado mayor incidencia de lumbalgia en tareas monótonas, repetitivas y en entornos de insatisfacción laboral. Estos factores dificultan además la recuperación y reinserción laboral.

- El factor predisponente del trabajador más importante, y que le hace más susceptible, es la escasa resistencia muscular de la espalda. También se asocia a las edades jóvenes y mayores, y al inicio de una tarea con carga física elevada.

La lumbalgia aguda laboral, como la que sucede por consecuencia de un sobreesfuerzo, no presenta dificultad para calificarla como accidente de trabajo en base al artículo 115.1 de la Ley General de la Seguridad Social.

La lumbalgia crónica es más difícil de calificar ya que sólo se considera como enfermedad profesional de forma expresa las lesiones con arrancamiento de la apófisis espinosa por fatiga mecánica en trabajos de apaleo o manipulación de cargas (Real Decreto 1995/1978; Grupo E6d: *Arrancamiento por fatiga de las apófisis espinosas*). No obstante, cabe señalar que una lumbalgia crónica por contingencia común (p.e. lumboartrosis) descompensada o agravada como consecuencia del trabajo se calificará como accidente de trabajo (Ley General de la Seguridad Social; artículo 115.2f).



En la atención a un trabajador con lumbalgia de reciente comienzo conviene clasificar el proceso en tres grupos:

- Lumbalgia simple
- Lumbalgia con irradiación
- Lumbalgia con otros síntomas

a) Lumbalgia simple. El dolor se limita a la región lumbosacra, es de naturaleza mecánica y el trabajador mantiene un buen estado general.

Se evitarán estudios radiológicos ya que la evolución espontánea es hacia la resolución en breve plazo. Se minimizará el periodo de inactividad (2-3 días) con rápida vuelta a la actividad física y al trabajo.

En el trabajador con lumbalgia simple que persiste más de seis semanas se recomienda realizar una valoración biológica, psicológica y social.

- La valoración *biológica* incluye determinar la VSG para descartar patología sistémica inflamatoria, neoplásica o infecciosa y un estudio radiológico simple.
- La valoración *psicológica* explorará los prejuicios del trabajador sobre su proceso. Muchos trabajadores persisten inactivos por miedo infundado al daño

que le puede ocasionar la vuelta a la actividad laboral. Se valorarán también perturbaciones psicológicas o síntomas depresivos.

- La valoración *social* incluirá el grado de satisfacción laboral, expectativas económicas (p.e. de jubilación anticipada) y el entorno familiar.

#### **Factores que se asocian con lumbalgia simple persistente (>6S)**

- Antecedentes de lumbalgia (++)
- IT previa por lumbalgia (++)
- Mala condición física
- Tabaco. Alcohol
- Trastornos psicológicos.
- Depresión
- Dolor inicial desproporcionado
- Insatisfacción laboral
- Problemas financieros o matrimoniales

No obstante, aunque se debe promover la vuelta pronta a la actividad física y laboral algunos trabajadores pueden no ser capaces de manipular cargas en su tarea. Se hará una valoración ergonómica de su puesto de trabajo al objeto de disminuir en lo posible los factores de riesgo para la columna dorsolumbar, en particular los que se asocian con la inclinación o torsión del tronco y con el manejo de cargas pesadas.

b) La lumbalgia con irradiación que progresa con daño neurológico o la lumbalgia acompañada de otros síntomas como anestesia en la zona perineal o pérdida de control de esfínteres se referirá para valoración urgente por un especialista.

#### **Ic. Afecciones en extremidad inferior**

##### *Meniscopatía*

El Real Decreto 1995/1978 sólo considera enfermedad profesional las lesiones de menisco que se producen en trabajos de minería o subterráneos. Presupone que la lesión es laboral en estos ámbitos por consecuencia de las tareas prolongadas en posición arrodillada o en cuclillas que se realizan.

En el listado del citado Real Decreto esta lesión se incluye en el epígrafe E-6c: "*Lesiones del menisco en las minas y trabajos subterráneos*".

## II. DERMOPATÍAS LABORALES

Este apartado se centra en describir de forma sintética la patología laboral benigna más prevalente de la piel. La patología maligna se menciona más adelante en el apartado de cáncer laboral.

La patología laboral benigna de la piel es la patología laboral más frecuente y sin embargo no suele ser reconocido este origen en la actividad asistencial y por tanto no se notifica.

Se observa en variedad de profesiones y en todas las edades.

Puede tener un origen laboral primario o bien tratarse de una patología común agravada o descompensada por el trabajo.

1. Cuando es de origen laboral primario por agentes químicos se califica como enfermedad profesional (Real Decreto 1995/1978; Epígrafe B2): *"Afecciones cutáneas provocadas en el medio profesional por sustancias no consideradas en otros apartados"*.
2. Cuando es de origen laboral primario por agentes físicos (p.e. quemadura por radiación ultravioleta) o secundario al agravamiento de una patología común por consecuencia del trabajo cabe calificarla como accidente de trabajo (Ley General de la Seguridad Social, artículo 115: 2e y 2f).

Se debe descartar el origen laboral de toda nueva dermatopatía, en especial si la afección se limita a manos, antebrazos o cara. Se indagará sobre su forma de comienzo y evolución temporal. En la historia se recogerán datos que pueden revelar un eventual nexo con las condiciones de trabajo.

### **Factores a recoger en caso de sospecha de dermatopatía laboral**

---

- Agentes que contactan con la piel en el trabajo.
  - Patología similar en compañeros de trabajo
  - Medidas de higiene laboral (p.e. uso de guantes o cremas)
  - Tipo de jabón o detergente para el lavado de manos
  - Lugar de la lesión (p.e. lesión limitada a zona de contacto: manos, antebrazos, cara)
- 

La patología laboral benigna más prevalente es con diferencia la dermatitis por agentes irritantes y la dermatitis alérgica por sensibilizantes presentes en el medio laboral.

## Dermatitis irritativa (70%)

La mayoría de las dermopatías laborales son por agentes químicos o físicos que irritan o inflaman la piel por acción directa. Se trata de una lesión dosis dependiente que afectaría a toda la población si la exposición alcanzara un grado suficiente. Las lesiones se limitan casi siempre a las manos. La evaluación de los factores irritantes es subjetiva.

a) Agentes químicos.- Detergentes, disolventes, ácidos y bases fuertes y el cemento húmedo son los irritantes más frecuentes.

La lesión es una inflamación no inmune de desarrollo lento en días o meses. Dominan las anomalías en la hidratación y las lesiones típicas aparecen en zonas con el estrato córneo más fino como las interdigitales y el dorso de las manos.

En la forma aguda predomina el eritema y prurito, en la crónica por daño acumulativo xerosis, grietas y úlceras. Las lesiones crónicas suelen persistir tras suspender la exposición al agente, de ahí la importancia del diagnóstico precoz.

### **Dermatitis irritativa**

---

#### AGUDA

- La gravedad de las lesiones es dosis-dependiente
- Se resuelve de forma espontánea al evitar el irritante.
- No deja secuelas.

#### CRONICA

- Tiende a persistir incluso tras retirar el agente causal
  - La re-exposición a pequeñas dosis genera una respuesta inflamatoria grave
  - La susceptibilidad al agente persiste, aunque la curación sea aparente
- 

El diagnóstico de dermatitis irritativa se facilita al observar que las lesiones se limitan a la zona de contacto con el agente causal, en general manos y antebrazos, y mejoran al evitarlo. Cuando el irritante es aerotransportado en forma de polvo, vapor o gas puede afectar a la cara.

Se trata con cremas hidratantes y se previene con el cuidado de manos y el empleo de guantes de protección.

b) Agentes físicos. El agente irritante más significativo es la radiación ultravioleta solar o artificial. Las lesiones agudas van desde eritema por vasodilatación a quemaduras de mayor o menor extensión.

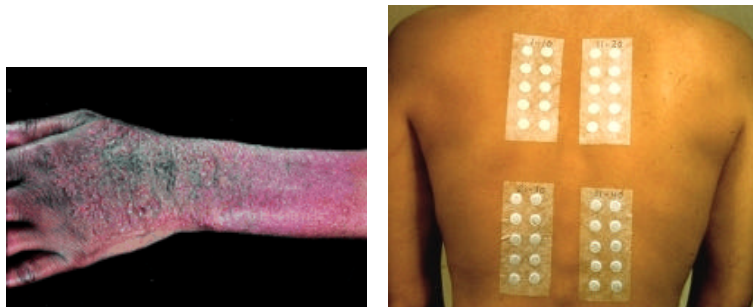
Los efectos crónicos son oscurecimiento de la piel y carcinogénesis. Su poder cancerígeno es estocástico y aumenta en función de la dosis acumulada recibida. Los trabajadores más afectados son los de obras públicas, agricultura y pesca.

## Dermatitis alérgica

### a) Dermatitis alérgica de contacto (25%)

Es una respuesta inmune tardía (tipo IV) frente a un agente alergizante que contacta con la piel, incluso en pequeñas dosis. Al menos hay un período de 7-21 días entre exposición y lesión. Se origina por antígenos animales y vegetales y es típico que la lesión se limite a la zona de contacto. La evaluación de factores alérgicos de contacto es objetiva y se realiza por el *patch-test* (parches).

Cuando es de origina en el trabajo se relaciona con el calendario laboral: mejora en fin de semana o en vacaciones y se agrava con el retorno a la actividad.



El riesgo de sensibilización varía según el agente implicado aunque en general es bajo salvo para algunos biocidas como el formaldehído. De nuevo, el diagnóstico precoz es clave ya que afecta al pronóstico. Además, la sensibilización a un agente puede inducir la sensibilización a otros con los que comparte poder alergénico. Entre las mujeres la profesión de peluquera es la de mayor riesgo por el uso de una amplia gama de productos con alto poder sensibilizante.

#### **Dermatitis de contacto: alérgenos frecuentes**

---

- Biocidas: formaldehído
  - Productos de peluquería: rizadores, tintes, lacas, champúes
  - Resinas y cementos acrílicos (ortopedas, manicuras)
  - Cromo, níquel
  - Plantas ornamentales, maderas tropicales (quinonas)
- 

El prurito en la zona de contacto es el síntoma prevalente y las lesiones pueden ser eritematosas, vesiculares, y edematosas.

Existe un subtipo, la dermatitis alérgica fotosensible donde la exposición a la luz ultravioleta desencadena el cuadro clínico.

En ocasiones, se observa una patología laboral mixta irritativa y de contacto. Se piensa que la irritación predispone a la sensibilización (p.e. una dermatitis irritativa por cemento húmedo puede desencadenar una dermatitis alérgica al cromo contenido en el mismo).

### b) Dermatitis alérgica por hipersensibilidad (5%)

El cuadro típico de este grupo es la urticaria por respuesta inmune aguda (tipo I) a las proteínas del látex. Es un problema frecuente en personal sanitario en EEUU y Canadá por el uso intensivo de guantes de este material y hasta ahora menos preocupante en el ámbito europeo.

Afecta con frecuencia a trabajadores con antecedentes atópicos y se presenta como una urticaria en la zona de contacto del guante. En los casos graves las lesiones se extienden fuera del área de contacto pudiendo desarrollar una reacción general anafiláctica. Si el guante de látex está empolvado (p.e. con polvo de maíz) son frecuentes también los síntomas asmáticos por inhalación de las partículas de látex adheridas al polvo diseminadas en el ambiente de trabajo. La evaluación de los factores alérgicos por sensibilización (IgE) también es objetiva y se realiza con pruebas epicutáneas (p.e. *prick test* al látex).

La prevención de la sensibilización se basa en el uso de guantes de bajo contenido en proteínas del látex y no empolvados. En el mercado se dispone de alternativas como los guantes de vinilo o nitrilo para uso sanitario.

El guantes de látex puede originar las tres tipos de dermopatías laborales:

- Irritativa por efecto directo del empolvado
- Alérgica por hipersensibilidad a las proteínas del látex,
- Alérgica por contacto con los productos empleados en su vulcanizado como tiouranos y carbamatos.



## III. PATOLOGÍA RESPIRATORIA

La patología respiratoria laboral es muy frecuente en la práctica asistencial siendo la rinitis y el asma las más prevalentes.

### Rinitis

Las rinitis no están contempladas como enfermedad profesional en el Real Decreto 1995/1978 por lo que hay que demostrar la relación causa-efecto por informe clínico-laboral para poder considerarla como Enfermedad Relacionada con el Trabajo y, por tanto, accidente de trabajo (Ley General de la Seguridad Social; artículo 115-2e).

### a) Rinitis irritativa

Por exposición a polvos, humos, vapores o gases. Suele ser por agentes hidrosolubles como aldehídos y amoníaco. El frotis nasal muestra neutrófilos con ausencia de eosinofilia y los niveles de IgE son normales.

### b) Rinitis vasomotora

Si es de origen laboral se debe a una hiperreactividad a polvos o humos. También se desencadena por tareas en ambientes térmicos extremos.

### c) Rinitis alérgica

De alta prevalencia con frecuencia se origina o agrava en el trabajo por antígenos animales o vegetales. Cuando es de origen laboral es típico el perfil cronológico: empeora en el trabajo y mejora en fin de semana o vacaciones.

A menudo se acompaña de conjuntivitis y suele preceder a un asma profesional. Los niveles de IgE están elevados.

## Asma

Con el término asma laboral se incluyen dos entidades: el asma alérgico por inhalación de alérgenos en el ambiente de trabajo y el síndrome de disfunción reactivo de vías aéreas tras exposición a una elevada concentración de gases o vapores irritantes. Más raro es el asma laboral colinérgico por intoxicación por insecticidas organofosforados de uso frecuente en agricultura.

El asma laboral es una patología emergente. Así, en países desarrollados se estima que el asma tiene su origen en el trabajo en el 10% de los casos.

En el listado de enfermedades profesionales del Real Decreto 1995/1978 el asma laboral se recoge en el epígrafe C5: *"Asma provocado en el medio profesional por productos de origen vegetal o animal y ciertas sustancias químicas en diversas actividades."*

### *a) Asma laboral alérgico*

Se conocen más de dos centenares de alérgenos por vía inhalatoria:

1. De alto peso molecular. La mayoría son proteínas animales y vegetales (p.e. polvo de látex, de harina, insectos y ácaros). Provocan una reacción asmática en minutos con resolución espontánea en horas. Suele precederse o acompañarse de rinoconjuntivitis. Es frecuente en trabajadores con antecedentes atópicos (alérgicos) y la reacción es mediada por IgE.



2. De bajo peso molecular como aldehídos, cromo o níquel. Provocan una reacción asmática más tardía alcanzando el acmé tras ocho horas. Cursa con fuerte inflamación de las vías aéreas.

Esta clasificación por el alérgeno implicado es sólo orientativa, ya que pueden observarse reacciones mixtas o atípicas con independencia del agente involucrado.

El asma alérgico laboral se desarrolla tras un periodo de latencia y su diagnóstico precoz es clave ya que mejora el pronóstico, por lo que se descartará el origen laboral del asma que se inicia en la edad adulta. Las siguientes tablas muestran los datos clínicos que apoyan el diagnóstico del asma alérgico laboral y los alérgenos más frecuentes por ocupaciones.

### Claves para el diagnóstico del asma alérgico laboral

---

- Tos y sibilantes en el trabajo o tras finalizar la jornada
  - Mejora en fin de semana o en vacaciones. En fase avanzada suele persistir.
  - La exploración del tórax en la fase inicial es normal.
  - El registro del *peak-flow* en la jornada laboral muestra caídas o variaciones
  - El registro del *peak-flow* se normaliza en fin de semana o en vacaciones
  - En fase avanzada, pequeñas exposiciones generan crisis asmáticas
  - Se recoge la exposición de riesgo en el puesto de trabajo o en adyacentes
- 

### Asma laboral alérgico: agentes y ocupaciones

Alergenos	Ocupaciones
<b>De alto peso molecular</b>	
<i>Origen vegetal</i> Polvo de harina y grano, polvo de látex natural, polvo de ricino, gomas vegetales, enzimas bacterianas	Molineros, panaderos, sanitarios, pinturas, pigmentos, preparadores de alimentos
<i>Origen animal</i> Animales de laboratorio, marisco, ácaros, insectos	Manipuladores de animales, preparación de alimentos, conserveros
<b>De bajo peso molecular</b>	
Isocianatos, ácidos, aminas	Pintores a pistola, barnizadores
Metales (Cr, Ni)	Soldadores
Aldehídos	Sanitarios

## b) Síndrome de disfunción reactiva de vías aéreas

Es una variante de asma laboral sin período de latencia. Se produce tras exposición aguda a alta concentración de vapor o gas irritante. Tras la exposición la irritabilidad de vías aéreas tiende a resolverse de forma espontánea. Sin embargo, en algunos casos la irritabilidad persiste con exacerbaciones clínicas tras pequeñas reexposiciones al agente causal lo que origina este síndrome.

En el listado de enfermedades profesionales del Real Decreto 1995/1978 esta entidad encaja en el epígrafe C6: "*Enfermedades causadas por irritación de las vías aéreas superiores por inhalación de polvos, gases o vapores*".

### **Claves para el diagnóstico del asma por disfunción reactiva de las vías aéreas**

---

- Ausencia de antecedentes de asma común
  - Comienzo de los síntomas tras una exposición aguda accidental.
  - La exposición fue a gases, vapores o humos irritantes.
  - La clínica se inicia en horas y persiste al menos durante tres meses
  - Los síntomas simulan un asma alérgico con tos y sibilantes
  - Las espirometría muestra un patrón obstructivo
  - La hiperreactividad bronquial es inespecífica
  - Se descarta la presencia de otra patología respiratoria
- 

## Neumonitis por hipersensibilidad

También conocida como alveolitis alérgica extrínseca. Hoy es poco frecuente y en general por inhalación en el trabajo de alérgenos vegetales. Se trata de una reacción inflamatoria granulomatosa en el parénquima pulmonar por reacción inmunológica tipo III. El intercambio de gases puede verse afectado.

El *pulmón del granjero* y el *pulmón del cuidador de aves* son las entidades más frecuentes. Se sospechará en caso de síntomas gripales, con o sin disnea, tras exposición a polvos orgánicos o a ciertos agentes químicos. Tiende a mejorar tras 48 horas de retirada del agente causal.

### **Sospecha de neumonitis por hipersensibilidad de origen laboral**

---

- Síntomas gripales tras exposición a polvos o químicos en el trabajo
  - Crepitantes inspiratorios
  - La radiografía del tórax suele mostrar un patrón vidriado o micronodular
  - La espirometría detecta un patrón restrictivo con pérdida de volúmenes
  - Se demuestran en suero anticuerpos frente al agente causal: precipitinas
- 

Esta patología no se contempla como enfermedad profesional en el cuadro del Real Decreto 1995/1978, por lo que habrá que demostrar la relación causa-efecto por informe clínico-laboral para considerarla como accidente de trabajo (Ley General de la Seguridad Social; artículo 115.2e).

## Silicosis, asbestosis

Son pneumoconiosis temibles por inhalación de polvos minerales fibrógenos. Su prevalencia ha disminuido desde la introducción de una normativa preventiva rigurosa.

Se sospecharán ante un trabajador con tos y disnea crónica que esté o haya estado expuesto a polvo de sílice (mineros, canteros) o fibras de amianto (construcción, automóvil, naval, demolición).

### a) *Silicosis*



El silicótico crónico presenta una historia de disnea progresiva de años de evolución. La auscultación puede ser normal. La radiografía de tórax muestra tras 10 años de exposición un patrón micronodular bien definido que predomina en los lóbulos superiores o nódulos calcificados.

La silicosis aguda se desarrolla tras breve pero intensa exposición como ocurre en tareas de chorreo con arena sin protección respiratoria. El trabajador desarrolla disnea intensa y puede fallecer en pocos meses. La radiografía muestra un patrón alveolar bilateral tipo edema pulmonar.

En el listado del Real Decreto 1995/1978 la silicosis se contempla en el epígrafe C-1A: *Silicosis, asociada o no a tuberculosis pulmonar*. El epígrafe cita como ejemplos una serie de actividades laborales de riesgo especial.

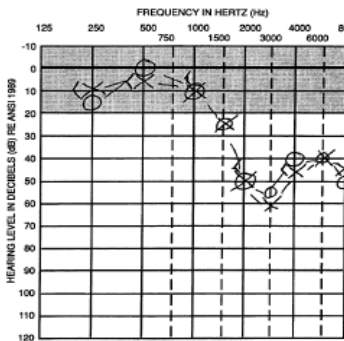
### b) *Asbestosis*

En cuanto a la asbestosis se sospechará en un paciente con fibrosis intersticial difusa de predominio en bases y con patología pleural en forma de placas calcificadas, engrosamiento difuso o derrame. La patología pleural es la que predomina y apoya el diagnóstico frente a fibrosis intersticiales de otro origen, por lo que tras su observación se debe interrogar por exposiciones laborales a fibras de amianto. Los pacientes suelen estar asintomáticos aunque una vez que aparece la disnea ésta es progresiva.

En el cuadro del Real Decreto 1995/1978 la asbestosis está en el epígrafe C-1B: *Asbestosis, asociada o no a la tuberculosis pulmonar o al cáncer de pulmón*, donde se señala una serie de tareas de riesgo especial.

## IV. PATOLOGÍA SENSORIAL

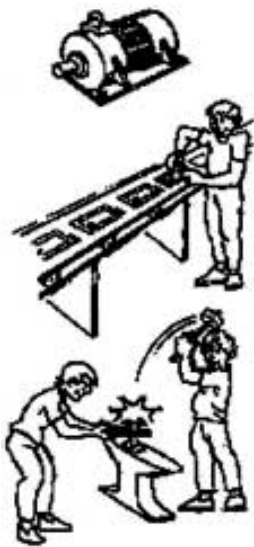
### Sordera profesional



La sordera profesional se produce por exposición a un trauma acústico crónico en el trabajo sin protección adecuada. Es neurosensorial, bilateral e irreversible.

En la audiometría se observa que comienza afectando a las frecuencias altas siendo la de 4000 Hz la más sensible. Si continúa la exposición la sordera progresa en profundidad y extensión afectando a frecuencias más bajas e invadiendo la zona conversacional (1000-3000 Hz). Es en este momento cuando el trabajador percibe dificultad para comprender el lenguaje.

La sordera compromete la calidad de vida y tiende al aislamiento social. Suele acompañarse de acúfenos intermitentes, que en el 20% son continuos, abocando en los casos graves a patología psíquica.



Aunque la normativa preventiva y los avances técnicos en el diseño de máquinas han reducido de forma notable la exposición laboral al ruido, aún se detectan trabajadores con sonotrauma en la audiometría por exposiciones sufridas en el pasado.

La legislación actual admite hasta un límite de exposición laboral al ruido equivalente a 90 dB(A) de exposición continua para una jornada de ocho horas, aunque ya requiere actuaciones preventivas a partir de 80 dB(A).

Para tener una idea de cual es el nivel de exposición al ruido es útil la regla de que si el trabajador refiere la necesidad de elevar la voz en su actividad laboral para que ser comprendido a un 1 m de distancia es que se encuentra en un ambiente sonoro superior a 90 dB(A).

La sordera neurosensorial por exposición crónica al ruido se califica como enfermedad profesional de acuerdo con el Real Decreto 1995/1978 en su epígrafe E3: *Hipoacusia o sordera provocada por el ruido*.



El sonotrauma agudo laboral y la sordera súbita consiguiente se califican como accidente de trabajo. El ruido de una explosión puede ser más dañino que el ruido continuo ya que el reflejo estapedial que reduce la transmisión de la intensidad sonora necesita unos milisegundos para activarse.

### Queratoconjuntivitis

Dentro de la radiación no ionizante la radiación ultravioleta (RUVA) es la de mayor energía. Fuentes de RUVA en el trabajo son el arco de soldadura, las lámparas de vapor de mercurio (p.e. dermatología, esterilización) y las fotocopiadoras.

La penetración de la radiación ultravioleta es escasa por lo que su efecto se concentra en piel y ojos y es de naturaleza fotoquímica. Produce en el material biológico sobre el que incide cambios electrónicos y rotura de enlaces químicos (p.e. en piel desde eritema leve a quemaduras graves).

Cuando la radiación ultravioleta incide en el ojo es absorbida por la córnea y conjuntiva produciendo una fotoqueratitis dolorosa con lagrimeo y fotofobia que remite en uno o dos días sin secuelas. Cuando es de causa laboral es accidente de trabajo (p.e. queratoconjuntivitis tras soldadura eléctrica).

### Cataratas

La radiación infrarroja (RIR) es de baja energía y proviene de cuerpos incandescentes o superficies calientes. Existe exposición a RIR en tareas de fundición, forja, soldadura o en actividades frente a hornos como en las de soplado del vidrio.

La radiación infrarroja al incidir en el material biológico aumenta la vibración de las capas electrónicas con efectos de naturaleza térmica. Cuando afectan al ojo puede producir quemaduras en cornea, cataratas en cristalino y lesiones en retina.

La catarata por radiación infrarroja se califica como enfermedad profesional de acuerdo con el Real Decreto 1995/1978 en su Epígrafe E2): *Catarata producida por la energía radiante.*

## V. NEUROPATIAS LABORALES

La mayoría de la patología neurológica laboral se halla dispersa en 2 grupos del cuadro vigente de enfermedades profesionales del Real Decreto 1995/1978: Grupo A por agentes químicos y Grupo E por agentes físicos.

### Neuropatías por agentes químicos

El sistema nervioso es con frecuencia diana para varios tóxicos laborales. Así, disolventes, metales y pesticidas pueden provocar cambios en el medio interno neuronal o interferir en los intercambios neuronales.

Se sabe que la exposición crónica a disolventes orgánicos sin protección respiratoria origina un síndrome con cefalea, fatiga, anomalías cognitivas y depresión. También se sabe que la polineuropatía periférica puede tener origen en la exposición a diversos agentes en el trabajo como el plomo o pesticidas.

#### **Agentes neurotóxicos frecuentes en el medio laboral**

- Gases: CO, CO<sub>2</sub>, CNH
- Metales: Plomo, Manganeso, Aluminio
- Monómeros: Acrilamida, estireno, disulfuro de carbono
- Disolventes: Tolueno, Xileno, n-hexano
- Pesticidas: Organofosforados, organoclorados

De los 43 agentes químicos señalados en el grupo A del Real Decreto 1995/1978 un tercio son neurotóxicos demostrados y pueden originar desde cuadros generales como anorexia, cefalea y somnolencia hasta trastornos cognitivos, sensitivos, motores o de repercusión del estado de ánimo y la personalidad. No obstante, no todos los neurotóxicos laborales se señalan en el Grupo A como es el caso del aluminio.

La patología adquirida por un trabajador por el manejo en el medio laboral de un agente químico que está listado en el Grupo A del Real Decreto 1995/1978 es enfermedad profesional de presunción. En este grupo se listan los agentes y sus compuestos, y para cada agente otra lista de actividades en las que se ha probado la relación epidemiológica causa-efecto entre exposición y enfermedad.

La patología neurológica de origen laboral por un agente y/o en una actividad no listada en el Grupo A se denomina Enfermedad Relacionada con el Trabajo, y como ya se señaló en el capítulo 4 habrá de demostrarse la relación causal mediante un informe clínico-laboral para calificarla como accidente de trabajo (Ley General de la Seguridad Social; artículo 115.2e).

En la práctica clínica calificar una neuropatía como contingencia laboral y enfermedad profesional puede no ser fácil. En principio parece indiscutible calificar como enfermedad profesional la parálisis radial de un trabajador de la industria del plomo por presunción, máxime si el nivel de plumbemia es elevados. Sin embargo calificar como enfermedad profesional un cuadro extrapiramidal progresivo en un trabajador mayor de 50 años expuesto a neurotóxicos puede ser problemático dada la inespecificidad de su origen y elevada prevalencia de estos cuadros en la población general. En este caso serviría de apoyo determinar el neurotóxico o sus metabolitos en fluidos biológicos. Por ejemplo si se sospecha patología por n-hexano se determina 2-5 hexanodiona en orina; si se sospechara toxicidad por tolueno el ácido hipúrico. También apoyaría un perfil epidemiológico atípico como un cuadro extrapiramidal o anomalías cognitivas en una edad joven (<40 años).

## Agentes químicos y patología neurológica

Localización	Neurotóxico	Diagnostico	Fuentes de exposición
Axón	Arsénico, plomo, mercurio, n-hexano	Neuropatía periférica Encefalopatía	Pesticidas, pinturas, pigmentos, fundidores, insecticidas, acumuladores, gasolina, limpieza de metales, barnices
Ganglios basales	Manganeso Hexano, CO	Parkinsonismo	Siderurgia, soldadura fertilizantes, Pegamentos
Sistema Límbico	Estaño	Desorientación Alteraciones de la memoria Convulsiones	Conservas, plásticos de polivinilo, fungicidas
Mielina	Estaño	Encefalomielopatía	
Cerebelo	Tolueno Mercurio	Ataxia	Disolvente, pinturas, lacas, pegamentos, fábrica de baterías
Acetilcolinesterasa	Organofosforados	Intoxicación colinérgica	Pesticidas
Vías largas de la medula espinal	Organofosforados Carbamatos	Ataxia Parálisis	Pesticidas
Sistema dopaminérgico	Carbamatos	Temblor	Pesticidas
Sistema nervioso central	Disolventes Estireno Plomo, mercurio Organofosforados		

### Un ejemplo ilustrativo

Varón de 55 años que acude a su Centro de Salud refiriendo mareos, cefalea, malestar general, pérdida de fuerza progresiva en extremidades superiores y alteraciones del sueño. Desde hace años se trata de “migrañas”. Relaciona el cuadro con su actividad laboral ya que mejora en período de vacaciones. Trabaja desde hace 20 años en una fábrica de calzado.

El electromiograma muestra una polineuropatía mixta bilateral con afectación del mediano y cubital compatible con neurotoxicidad crónica.

Al recabar datos de su actividad laboral señala que para realizar el vulcanizado de las suelas emplea n-hexano e isómeros. Al interrogar sobre las medidas preventivas son deficientes ya que la tarea la realiza sin aspiración localizada, ni dispone de prendas de protección (guantes para evitar el contacto y mascarilla con filtros para evitar la inhalación).

### Neuropatías por agentes físicos

Las lesiones por agentes físicos son en general neuropatías por compresión de los nervios al inflamarse los tejidos que les rodean por esfuerzos mecánicos repetidos en ciertos trayectos anatómicos ya de por sí comprometidos. Así

sucede con el nervio mediano al atravesar el túnel carpiano (síndrome del túnel carpiano; ver también I. Reumatismos laborales), el nervio cubital en la muñeca (síndrome del canal de Guyon). Estas lesiones por presión de un nervio se califican como enfermedad profesional de acuerdo con el Real Decreto 1995/1978 en su epígrafe E-6e: *Parálisis de los nervios debidas a la presión*.

Las vibraciones de frecuencia superior a 20Hz transmitidas a manos o dedos pueden producir una neuropatía periférica desmielinizante con disminución del tacto, destreza manual y sensibilidad al calor. Estas lesiones locales por exposición a vibraciones se califican como enfermedad profesional según el Real Decreto 1995/1978, en su epígrafe E-5: *Enfermedades osteo-articulares o angineuróticas provocadas por vibraciones mecánicas*.

## VII. PATOLOGÍA INFECCIOSA

Cuando los agentes biológicos están en el ambiente laboral pueden originar patología infecciosa, alérgica (p.e. pulmón del granjero) o tóxica (tétanos).

Las profesiones de mayor riesgo son los agricultores, veterinarios, sanitarios, técnicos de laboratorio, manipuladores de alimentos y trabajadores del saneamiento público.

En general el agente biológico penetra por vía inhalatoria, aunque también es posible la vía digestiva por higiene inadecuada y la parenteral a través de pinchazos y heridas.

En el listado del Real Decreto 1995/1978 la patología infecciosa transmitida al trabajador por animales, pacientes y en investigación se contempla en los dos siguientes epígrafes:

*D-3. Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales o por sus productos y cadáveres (para el tétanos se incluirán también los trabajos con excretas humanas o animales).*

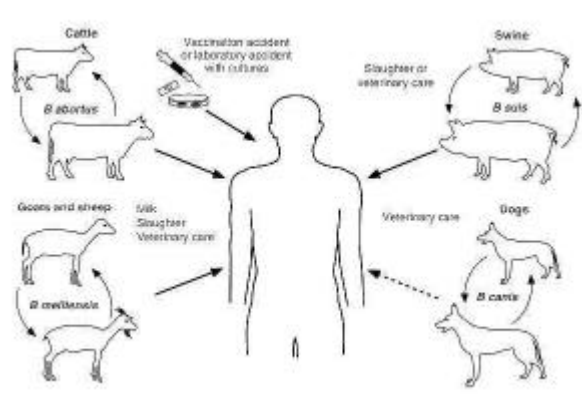
*D-4. Enfermedades infecciosas y parasitarias del personal que se ocupa de la prevención, asistencia y cuidado de enfermos y en la investigación.*

Ambos epígrafes son *abiertos*, y por tanto muy amplios, permitiendo abarcar diversa patología infecciosa adquirida en el trabajo. Por ejemplo, la redacción del epígrafe D4 permite considerar enfermedad profesional prácticamente toda patología infecciosa padecida por sanitarios. A continuación, se señala de forma sintética la patología cuyo origen laboral es frecuente.



## Brucelosis

El reservorio es un animal bovino, ovino o porcino. Ganaderos y veterinarios son las profesiones de mayor riesgo. No obstante, hoy la brucelosis laboral es rara por el saneamiento realizado en la ganadería y el uso de vacunas. Mientras que en la brucelosis no laboral la vía de contagio suele ser la digestiva en la laboral las vías habituales son la inhalatoria y el contacto mucocutáneo.



Se han observado algunos casos en personal de laboratorios de microbiología tras la siembra de cultivos a partir de muestras biológicas con este agente sin las medidas adecuadas de contención de aerosoles (p.e. cabina de bioseguridad).

Es una enfermedad grave, con una forma aguda febril ondulante y otra crónica que evoluciona en meses, pero para la que existe tratamiento eficaz.

## Tétanos

El agente es inofensivo por vía oral y muy peligroso por la parenteral. Las esporas penetran a través de heridas en el trabajo contaminadas con polvo o heces de animales. Las profesiones de riesgo son agricultores y veterinarios.

## Tuberculosis



El mayor riesgo de infección laboral es para sanitarios, personal de laboratorio y forenses por inhalación de bioaerosoles. No se transmite por contacto.

La medida preventiva más eficaz en el medio sanitario es el diagnóstico y tratamiento precoz del caso índice con medidas de aislamiento y uso de mascarillas autofiltrantes en su asistencia.

Se sospechará esta patología en trabajadores expuestos al riesgo con tos persistente, en particular si se acompaña de sudoración y pérdida de peso.

## Carbunco, antrax

El *Bacillus anthracis* se transmite en la manipulación de productos animales o de sus residuos contaminados con esporas. Los trabajadores con mayor riesgo son los carniceros, matarifes, peleteros, curtidores, veterinarios y granjeros.

1) El carbunco se presenta como una escara o pústula negra en la piel en el lugar de la infección. Si no se trata, el agente suele ser sensible a la penicilina, la evolución puede ser mortal por septicemia. Hoy día el carbunco es raro en España.

2) El ántrax es un cuadro más severo debido a la inhalación o ingestión de esporas con la consiguiente patología pulmonar o gastrointestinal. La forma pulmonar es rápidamente fatal y suele verse en trabajos que tratan con lanas y pieles importadas. Aunque excepcional en nuestro medio sigue siendo una patología común en trabajadores de la lana en Oriente medio. El ántrax pulmonar se emplea como arma biológica.



Una de las dos modificaciones del cuadro del Real Decreto 1995/1978 sucedió en 1981 para incluir el carbunco contraído en la carga y descarga de mercancías en general. La redacción original sólo consideraba la carga y descarga de mercancías de origen animal, dejando al margen otras que pudieran estar contaminadas con esporas e importadas de países endémicos.

## Hepatitis B

El reservorio del virus es el paciente o el portador sano (1%). El riesgo es mayor en sanitarios donde el agente penetra por inoculación tras corte o pinchazo con instrumental contaminado con el virus.

La sangre es el fluido de mayor riesgo seguido de los fluidos serosos de pleura, peritoneo, sinovial y LCR. Sin embargo orina, sudor, heces y lágrimas no son infecciosos.

Se estima que el riesgo de infección tras exposición a una fuente AgHBs+ en un trabajador no vacunado es del 30%. El virus en el ambiente es resistente al alcohol pero muy sensible al hipoclorito sódico 10% preparado a partir de lejía comercial.

Se dispone de una vacuna eficaz en el 95% recomendable a todos los trabajadores en riesgo como sanitarios, personal de prisiones y policía, que confiere protección de por vida.

## Hepatitis C

Se estima también que el 1% de la población es portadora asintomática del virus. El riesgo de infección es mayor en sanitarios: un 3% tras exposición parenteral a sangre de una fuente portadora del virus.

La hepatitis C crónica en el 80% y no existe vacuna ni profilaxis postexposición. Sin embargo, el diagnóstico y tratamiento precoz del trabajador infectado confiere mayores probabilidades terapéuticas de eliminar el virus.

## VIH

El principal riesgo de infección en el trabajo es por lesión percutánea y contacto con mucosa conjuntival con sangre o fluidos serosos contaminados.



Se estima que el riesgo infeccioso tras exposición a sangre VIH(+) por pinchazo o corte es del 0,3%. Fuera del organismo es muy sensible al alcohol, agua oxigenada e hipoclorito sódico.

Tras exposición al agente el inicio precoz en horas de la terapia antiretroviral de 4 semanas de duración disminuye el riesgo de infección, de por sí ya pequeño, en un 80%.

## Otras infecciones de frecuente origen laboral

Fiebre Q (*Coxiella Burnetti*). Origina un síndrome gripal que suele acompañarse de neumonía, miopericarditis y encefalitis. En la forma crónica puede afectar la válvula aórtica. Se contrae por contacto con placentas y leche no pasteurizada de ganado vacuno u ovino.

*Streptococo suis*. Origina septicemia, meningitis y artritis. Se transmite desde el ganado porcino aparentemente sano (p.e. matarifes, carniceros, granjeros)

Enfermedad de Lyme (*Borrelia burgdorferi*). Se transmite por picadura de garrapata. La clínica inicial es un eritema circinado alrededor de la picadura con fiebre, cefalea y artritis. Si la patología no se reconoce y trata con antibióticos tiende a cronificarse con diversas complicaciones sistémicas. Puede observarse en trabajadores de zonas boscosas (p.e. taladores, guardas).

Quieste hidatídico. Es una infección por el helminto *Echinococcus granulosus* transmitido por el perro que afecta a hígado y pulmón. El riesgo laboral es mayor para veterinarios, adiestradores y matarifes entre otros

## VIII. CÁNCER LABORAL

Se estima que del total de muertes por cáncer en mayores de 15 años un 4% tienen origen en una exposición en el trabajo, lo que en España implicaría unos 2000 fallecidos por cáncer laboral. La proporción estimada no es muy precisa dado el limitado conocimiento de la exposición a cancerígenos laborales en intensidad y en duración. Además, los avances tecnológicos hacen que la naturaleza de la exposición y sus fuentes cambien. Por tanto, es previsible que la incidencia de cáncer por un agente concreto varíe entre regiones y en el tiempo.

Los carcinógenos actúan dañando el ADN (*genotóxicos*) o promoviendo la proliferación celular a través de cambios endocrinos o inmunológicos (*epigenéticos*). Por otro lado, se ha observado una mayor susceptibilidad a carcinógenos en trabajadores jóvenes.

Las neoplasias laborales más frecuentes son las de pulmón y pleura (75%), vejiga (10%) y piel (1%). Las de senos nasales, laringe y las leucemias también tienen un frecuente origen laboral. Estas neoplasias no difieren de forma significativa ni en histopatología ni en rasgos clínicos de las de otro origen. Así carcinomas bronquiales por uranio, asbesto o tabaco son indistinguibles desde el punto de vista clínico e histológico.

El cáncer laboral se caracteriza por su largo período de latencia, en general no inferior a 10 años, y que puede ser tan prolongado como 50 años para el mesotelioma. Por tanto, no es raro que el cáncer laboral se desarrolle tras la jubilación del trabajador.

Calificar de origen laboral una neoplasia se facilita cuando afecta en un período relativamente corto a varios trabajadores de un colectivo expuesto al mismo agente (*cluster*). Sin embargo, es más difícil establecer un nexo causal para un solo caso ya que con frecuencia la exposición a carcinógenos también sucede fuera del trabajo.

Dos pistas orientan hacia el origen laboral de una neoplasia:

### 1. Neoplasia rara ("*neoplasia centinela*")

Algunos cánceres infrecuentes se asocian de forma específica con ciertas exposiciones laborales:

- 
- Mesotelioma y amianto
  - Angiosarcoma hepático y cloruro de vinilo monómero (producción de PVC)
  - Cáncer de seno nasal y polvo de madera dura (p.e. haya, roble, castaño)
-

Ante una neoplasia de este tipo se interrogará por las exposiciones laborales indicadas, sean actuales o pasadas.

## *2. Neoplasia con un perfil epidemiológico atípico*

Ante una neoplasia sin perfil epidemiológico típico o sin sus factores de riesgo se sospechará un eventual carcinógeno laboral.

- 
- Neoplasia urotelial en paciente menor de 40 años
  - Neoplasia de pulmón en no fumador
- 

Ante una de las dos anteriores circunstancias se recogerá una historia laboral detallada (ver capítulo 7), incidiendo sobre eventuales tareas con exposición a carcinógenos, aunque se hubieran desarrollado durante corto tiempo.

## Carcinógenos laborales típicos

### 1. *Amianto (asbesto)*

Desde los años 50 se conoce la asociación entre la inhalación de fibras de amianto con el cáncer bronquial y el mesotelioma pleural o peritoneal. El tabaco tiene un efecto sinérgico por lo que se recomendará de forma activa al trabajador expuesto el abandono del hábito.

El mesotelioma predomina en pleura en razón de 8:1. El período de latencia es de 30 a 50 años, por lo que se prevé que a pesar de la exigente normativa vigente de 1984 siga creciendo su incidencia en la próxima década por exposiciones del pasado. Tiene un curso insidioso siendo el dolor torácico y la disnea los síntomas iniciales, al diagnóstico la mayoría presentan derrame pleural. El tratamiento es paliativo y el pronóstico sombrío. Ante un mesotelioma se presumirá exposición a amianto y se tomará una historia laboral detallada.

En el listado de enfermedad profesional del Real Decreto 1995/1978 el cáncer pulmonar y el de mesotelio por amianto se incluye en el epígrafe F2: *“Carcinoma primitivo de bronquio o pulmón por asbesto. Mesotelioma pleural y mesotelioma peritoneal debidos a la misma causa”*.

### 2. *Aminas aromáticas*

Se emplean con frecuencia para elaborar tintes en la industria textil, del calzado y gráficas, entre otras. Son carcinógenos la anilina, bencidina y

auramina. La vejiga suele ser el órgano diana aunque cualquier territorio del epitelio transicional desde pelvis renal a vejiga puede afectarse.

La observación de un *cluster* de neoplasias uroteliales en trabajadores de un mismo entorno laboral sugiere exposición a un carcinógeno de este grupo.

En realidad el carcinógeno es un metabolito hepático que actúa sobre el urotelio cuando se elimina por vía renal, es el llamado en Higiene Laboral fenómeno de bioactivación.

No obstante, sólo el 6% de neoplasias de vejiga son de origen laboral mientras que el 40% son atribuibles al tabaco.

En el listado de enfermedades profesionales del Real Decreto 1995/1978 las neoplasias uroteliales por aminas aromáticas se recogen en el epígrafe F7: *“Neoplasia primaria de tejido epitelial de la vejiga urinaria, pelvis renal o uréter”*.

### 3. Aceites minerales

Tienen poder cancerígeno en piel tras contacto prolongado. Si bien ya es infrecuente el carcinoma espinocelular de escroto o ingle aún se observa en manos y antebrazos por contacto con estos agentes.

En el listado de enfermedades profesionales del Real Decreto 1995/1978 el cáncer cutáneo y las lesiones cutáneas precancerosas debidas a aceites minerales, alquitrán, brea u hollín se recogen en el epígrafe B1: *Cáncer cutáneo y lesiones cutáneas precancerosas debidas al hollín, alquitrán, betún, brea, antraceno y aceites minerales*.

### 4. Metales

Níquel, arsénico, cadmio, berilio, hierro, cromo (VI) y sus derivados son carcinógenos. El pulmón es el órgano diana, aunque pueden afectar a piel (arsénico), senos nasales (níquel) y próstata (cadmio). A veces la exposición es mixta (p.e. humos metálicos en fundiciones).

El listado del Real Decreto 1995/1978 sólo recoge como enfermedad profesional las neoplasias por níquel o cromo en el ambiente laboral en los siguientes epígrafes:

*F3. Carcinoma de la mucosa nasal, senos nasales, bronquio o pulmón adquirido en industrias donde se fabrica o manipula níquel.*

*F9. Carcinoma de la mucosa nasal, senos nasales, laringe, bronquio o pulmón causado por el cromo.*

### **Otros cancerígenos demostrados en el medio laboral**

---

- Benceno: Leucemia
  - Hidrocarburos policíclicos: Piel, pulmón, vejiga
  - Óxido de Etileno: Leucemia
  - Disolventes y/o pigmentos: Pulmón, digestivo, vejiga
  - Aluminio: Piel, pulmón, vejiga
- 

### Legislación española frente al cáncer laboral

Los avances alcanzados en la prevención del cáncer laboral provienen tanto de una exigente normativa como de avances técnicos en los métodos de trabajo. En España existe una normativa general y otra específica para la protección de los trabajadores frente a la exposición a cancerígenos laborales:

#### General

Real Decreto 664/1997. Agentes cancerígenos

#### Específica

Orden Ministerial 1984.	Amianto
Orden Ministerial 1986.	Cloruro de vinilo monómero
Real Decreto 783/2001.	Radiaciones ionizantes

El Real Decreto 664/1997 aplica a los agentes sin normativa específica clasificados como cancerígenos de 1ª categoría (demostrados en el hombre) o de 2ª (demostrados en animales). Entre los agentes químicos cancerígenos presentes con más frecuencia en el medio laboral están el benceno, cromo, óxido de etileno, arsénico, bencidina, berilio, níquel, aceites minerales y alquitranes.

Los agentes químicos (productos y sustancias) comercializados y clasificados como cancerígenos se identifican porque en sus envases y en las fichas de seguridad que deben entregar los comerciantes figura las frases de riesgo:

- R45 (provoca cáncer) y/o
- R49 (provoca cáncer por inhalación).



El cáncer laboral por exposición a amianto, níquel, cromo, cloruro de vinilo, benceno, arsénico, radiación ionizante o aminas aromáticas se califica como enfermedad profesional y encaja en alguno de los epígrafes del Grupo F del Real Decreto 1995/1978 (Grupo F: Enfermedades sistémicas).

## IX. DAÑOS POR RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO

El estrés es una patología laboral emergente con especial incidencia en el sector servicios. El riesgo es mayor en tareas con elevada carga emocional o cognitiva y de escasa autonomía. Se relaciona con daños a la salud de tipo psíquico y físico, entre éstos últimos se invoca su relación con la enfermedad coronaria. A este respecto cabe recordar lo ya expuesto en el capítulo 4 en cuanto a que la Jurisprudencia considera al infarto de miocardio, muy relacionado con el riesgo psicosocial, que acaece en tiempo y lugar de trabajo es accidente de trabajo en base al artículo 115.3 de la Ley General de la Seguridad Social.

Por otro lado, ciertas dermatopatías endógenas (p.e. dermatitis seborreica, psoriasis) pueden agravarse en situaciones estresantes. Cuando el estrés es de origen laboral cabe declarar tales circunstancias como accidente de trabajo en base al artículo 115.2f de la ley General de Seguridad Social 1/1994.

---

<b>Estresores laborales</b>	
<u>Físicos</u>	<u>Cognitivos y emocionales</u>
Ruido	Conflictos con subordinados o supervisores
Temperatura extrema	Cambios en la Organización
Radiación	Promoción
Posturas penosas	Competición con colegas
Monotonía	Pensamientos negativos
Manejo de cargas	Conflicto o ambigüedad de rol
Tarea nocturna	Presión de tiempo
Prolongación de jornada	

---

El estrés, *mobbing* y *burnout* originan daños a la salud psíquica en forma de cuadros ansioso-depresivos. Esta patología no está contemplada en el cuadro de enfermedades profesionales por lo que no cabe declararla como de origen laboral de presunción automática. No obstante, cuando tenga un origen laboral cabe demostrarlo con un fundamentado informe clínico-laboral y calificarla como accidente de trabajo en base al 115-2e de la Ley General de la Seguridad Social 1/1994: *La enfermedad contraída en el trabajo, pero no tipificada como enfermedad profesional por el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social y el Real Decreto 1995/1978, si se prueba que tuvo por causa exclusiva el mismo.* Los Tribunales de lo Social están sentando Jurisprudencia al empezar a reconocer en diversas sentencias que el daño psíquico de origen laboral es accidente de trabajo en base al citado artículo.



## X. OTRA PATOLOGÍA LABORAL

A medida que la actividad productiva se ha desplazado al sector servicios los riesgos laborales se han ampliado y modificado. Así, han aumentado las lesiones músculo-esqueléticas en los usuarios de ordenadores sin unas condiciones ergonómicas adecuadas.

También han aumentado los daños a la salud por una ventilación deficiente de interiores en lo que se ha denominado "*síndrome del edificio enfermo*". Entre sus síntomas típicos se encuentran conjuntivitis, dermatitis inespecífica, fatiga y dificultad de concentración. Suele afectar de forma epidémica (más del 10%) al grupo de trabajadores que comparten un mismo entorno laboral. Remite de forma rápida al finalizar la jornada. El asma, la neumonitis por hipersensibilidad y las infecciones respiratorias también se han relacionado con unas deficientes condiciones ambientales de interiores.



## PROYECTO DE NUEVA LISTA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

La lista en vigor de enfermedades profesionales data de 1978 y no está actualizada. Muchos de sus epígrafes no son objeto de declaración porque sus agentes ya no están en las condiciones actuales de trabajo y en cambio cada vez son más frecuentes las patologías con un claro origen profesional cuyos agentes o elementos causales no se contemplan en la lista actual. Un ejemplo es el cáncer de senos nasales por exposición a polvo de maderas tropicales.

La Recomendación 2003/670/CE promovió la elaboración de una lista europea de enfermedades profesionales abogando por un sistema de doble listado con distinto efecto jurídico. En su listado principal, anexo I de la Recomendación, señala las enfermedades profesionales bien reconocidas en cinco epígrafes, y en un listado complementario, anexo II de la Recomendación, las patologías con sospecha de origen profesional invitando a su estudio epidemiológico con el fin de incluirlas como enfermedad profesional en el anexo I.

La Recomendación insta a los Estados a introducir en su orden jurídico la lista del anexo I para armonizar el cuadro de enfermedades profesionales en el ámbito europeo. Además promueve la investigación, difusión de documentos de ayuda al diagnóstico y de sensibilización dirigidos a los facultativos de los Sistemas Públicos de Salud con el fin de mejorar su nivel de conocimiento y registro.

La lista del anexo I supone un cierto compromiso mínimo para los Estados ya que deberían asumirla en sus disposiciones legislativas, si bien cabe señalar que las *Recomendaciones* de la UE, por contra de *Directivas* y *Reglamentos*, no son vinculantes para los Estados.

Por otro lado, en España ya se había creado en el 2002 un Grupo de Trabajo para actualizar la Lista de enfermedades profesionales. El Grupo incorporó en sus líneas de actuación la Recomendación 2003/670/CE. En el momento de redactar este Manual ya se ha presentado el primer borrador y continúan los trabajos.

A la vista del primer borrador parece que España no adoptará el sistema de doble listado como sugiere la Recomendación sino que se limitará a actualizar el cuadro vigente. La actualización siguiendo los principios de la Recomendación no es complicada ya que la lista española actual tiene una estructura muy similar a

la del anexo I estableciendo grupos similares de enfermedades profesionales salvo uno, presente en la lista española y no en la Recomendación: el de las enfermedades profesionales sistemáticas que incluyen varios cánceres laborales. Sin embargo a la vista del primer borrador presentado se observa que el Grupo de Trabajo ha considerado conveniente mantener el grupo sexto de "enfermedades sistémicas" de 1978 y darle además una denominación más explícita: "enfermedad profesional por agentes cancerígenos". En consecuencia, el futuro cuadro de enfermedades profesionales tendrá el mismo número de grupos de enfermedades que el vigente (ver tabla comparativa).

**Comparación de la Lista actual de enfermedades profesionales con la Recomendación de la UE y la propuesta del Grupos Técnico Español en su primer borrador**

Real Decreto 1995/1978		Recomendación 2003/670/CE (Anexo I)		Grupo Técnico Español NUEVA LISTA (Primer borrador)	
Lista en 6 grupos. En cada grupo hay epígrafes con los <b>AGENTES</b> y las <b>ACTIVIDADES</b> relacionadas		Lista 5 grupos. En cada uno hay <b>AGENTES</b> , los <b>SÍNTOMAS</b> que originan y las <b>ACTIVIDADES</b> relacionadas		Lista 6 grupos. En cada uno hay <b>AGENTES</b> , los <b>SÍNTOMAS</b> que originan y las <b>ACTIVIDADES</b> relacionadas	
A	ENFERMEDADES PROFESIONALES POR AGENTES QUÍMICOS	1	ENFERMEDADES PROFESIONALES POR AGENTES QUÍMICOS	1	ENFERMEDADES PROFESIONALES POR AGENTES QUÍMICOS
B	ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA PIEL POR SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDOS EN OTROS APARTADOS	2	ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA PIEL POR SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDOS EN OTROS APARTADOS	2	ENFERMEDADES PROFESIONALES POR AGENTES FÍSICOS
C	ENFERMEDADES PROFESIONALES POR INHALACIÓN DE SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDOS EN OTROS APARTADOS	3	ENFERMEDADES PROFESIONALES POR INHALACIÓN DE SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDOS EN OTROS APARTADOS	3	ENFERMEDADES PROFESIONALES POR AGENTES BIOLÓGICOS
D	ENFERMEDADES PROFESIONALES POR AGENTES BIOLÓGICOS	4	ENFERMEDADES PROFESIONALES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	4	ENFERMEDADES PROFESIONALES POR INHALACIÓN DE SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDOS EN OTROS APARTADOS
E	ENFERMEDADES PROFESIONALES POR AGENTES FÍSICOS	5	ENFERMEDADES PROFESIONALES POR AGENTES FÍSICOS	5	ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA PIEL POR SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDOS EN OTROS APARTADOS
F	ENFERMEDADES PROFESIONALES SISTÉMICAS			6	ENFERMEDADES PROFESIONALES POR CANCERÍGENOS

Como novedad, el primer borrador del Grupo Técnico español contempla que el futuro cuadro de enfermedades profesionales señale para cada grupo de enfermedades, además de la relación de agentes y actividades como el vigente, una relación indicativa de síntomas y patologías asociadas con cada tipo de agente o elemento causal.

A continuación se señalan de forma sintética los cambios previstos que sufrirá la Lista vigente del Real Decreto 1995/1978 a la luz del primer borrador presentado. No obstante habrá que estar a lo dispuesto en el documento definitivo.

### **1. GRUPO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES POR AGENTES QUÍMICOS**

Se incluyen en la nueva lista las patologías por acrilonitrilo (irritante y alergizante), óxidos de nitrógeno (irritantes, narcóticos) y antimonio y derivados (irritante, neumoconiótico y neuropático). Mantiene las patologías por talio de la lista de 1978 y que no incluye la Recomendación europea.

### **2. GRUPO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES POR AGENTES FÍSICOS**

Amplia como enfermedad profesional la meniscopatía por trabajos prolongados en posición de cuclillas o arrodillado, en general. En el Real Decreto 1995/1978 sólo contempla como enfermedad profesional en caso de trabajos en minas y subterráneos.

Desglosa la patología por vibraciones de la lista de 1978 en dos epígrafes:

- Provocadas por transmisión a mano-brazo.

- Provocada por transmisión al cuerpo completo (discopatía dorsolumbar)

Amplia la patología al considerar como enfermedad profesional la originada por radiación no ionizante.

Como novedad recoge epígrafes específicos para enfermedades profesionales por frío, posturas forzadas, movimientos repetitivos o por esfuerzo mantenido de la voz.

### **3. ENFERMEDADES PROFESIONALES POR AGENTES BIOLÓGICOS**

El borrador califica de enfermedad profesional las provocadas por un amplio espectro de agentes bacterianos, víricos y parasitarios. Entre las actividades se incluyen la asistencia y cuidado de enfermos, investigación, agricultura ganadería, peletería o saneamiento público.

A pesar del amplio número de gérmenes que incluye no es exhaustiva. Sin embargo, y como ya fue expuesto, las infecciones raras de origen laboral se valorarán caso a caso y con informe clínico-laboral se probará de forma razonada la relación con el trabajo y se notificarán como accidente de trabajo.

#### **4. ENFERMEDADES PROFESIONALES POR INHALACIÓN DE SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDOS EN OTROS APARTADOS**

El cuadro de 1978 incluye las neumoconiosis, el asma, la patología irritativa y la provocada por polvos de metales duros y humos de aluminio.

El borrador actualiza este grupo recogiendo los daños por inhalación de un amplio grupo de agentes químicos de alto y bajo peso molecular relacionados con entidades como la alveolitis alérgica extrínseca, rinoconjuntivitis, fibrosis intersticial difusa y angioedema, entre otras patologías.

#### **5. ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA PIEL POR SUSTANCIAS Y AGENTES NO COMPRENDIDOS EN OTROS APARTADOS**

El Real Decreto 1995/1978 considera en este grupo las neoplasias malignas de piel de origen laboral por agentes minerales. Además presenta una cláusula abierta que permite incluir como enfermedad profesional toda dermatopatía laboral por sustancias no consideradas en otros apartados y en cualquier tipo de actividad.

El borrador del Grupo Técnico contempla en este grupo solo la patología benigna y remite la maligna al grupo sexto. Los agentes que incluye como causales de dermatosis profesionales son sustancias de alto o bajo peso molecular y fotosensibilizantes exógenos. También considera las dermatitis infecciosas.

#### **6. ENFERMEDADES PROFESIONALES POR AGENTES CANCERÍGENOS**

Como se ha señalado, la Recomendación Europea no contempla un apartado específico para el cáncer laboral. Sin embargo el borrador del Grupo Técnico español sí mantiene el criterio del Real Decreto 1995/1978 y además amplía los agentes causales y las entidades neoplásicas cuyo origen laboral debe ser de presunción.

Entre los nuevos cancerígenos incluye el radón, hidrocarburos aromáticos policíclicos, polvo de madera dura, cadmio, berilio y sílice. También es novedad la inclusión del carcinoma de laringe por amianto, ya que la lista de 1978 sólo contempla el carcinoma bronquial y el mesotelioma por este agente.

Como se observa el primer borrador del futuro cuadro de enfermedades profesionales no contempla un grupo específico para los daños de origen psicosocial como los de tipo ansioso-depresivo originados por estrés, *mobbing* o *burnout*.

No obstante, y como ya se ha señalado de forma reiterada, estos daños no quedan desprotegidos al quedar abierta la posibilidad de calificarlos caso a caso como accidente de trabajo mediante el adecuado informe clínico-laboral y pericial según el criterio del artículo 115.2e de la Ley General de la Seguridad Social. Es decir se trataría de una "*Enfermedad Relacionada con el Trabajo*" notificada desde el punto de vista administrativo como Accidente de Trabajo, como ya se explicó.

Si la calificación de contingencia laboral es rechazada por la Entidad gestora (Instituto Nacional de la Seguridad Social) o colaboradora (Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales o Empresa autoaseguradora) siempre cabe plantear recurso ante la Jurisdicción del orden social. En este caso, será un juez quien, a la vista de los informes presentados, sentencie si procede contingencia común o profesional.





## FUENTES DE INFORMACIÓN ADICIONAL

La historia clínico-laboral puede completarse si se recurre a información de otras fuentes que ayuden a establecer el nexo causal entre patología y trabajo.

1. La normativa promueve la colaboración entre los Médicos del Trabajo de los Servicios de Prevención y los Facultativos del Servicio Público de Salud para el diagnóstico y tratamiento de la patología laboral.

Por tanto, y con autorización del paciente, el médico del SPS puede solicitar al Médico del Trabajo el acceso a su historia clínico-laboral y al documento de evaluación de riesgos del puesto de trabajo. El documento de evaluación de riesgos, obligatorio para todas las empresas por la Ley de Prevención, permitirá conocer si el presunto agente causal se encuentra en el ambiente de trabajo. Esta circunstancia es de especial relevancia para declarar una patología como enfermedad profesional de presunción (ver capítulo 4).

2. Si se sospecha daño a la salud por un agente químico se puede contactar con su distribuidor comercial y solicitar su preceptiva Ficha de Datos de Seguridad. La Ficha de todo agente comercializado en la UE contiene dieciséis apartados según la Directiva 91/155/CEE. En la misma se da información toxicológica muy importante. El apartado decimoquinto señala las frases de riesgo (Frases R) y de seguridad (Frases S) para el uso del agente. A la espera de recibir la Ficha de Datos de Seguridad la etiqueta del envase del agente sospechoso también aporta información valiosa: pictogramas de peligro, composición, Frases R y S.

3. El paciente puede recurrir a su Delegado de Prevención o Delegado de Personal para que recabe información precisa sobre los riesgos laborales a los que está expuesto. En particular le solicitará el acceso a los niveles cuantificados de exposición a agentes físicos, químicos o biológicos disponibles. Estos se comparan con los Valores Límites Ambientales (VLA) dados en la normativa. No obstante, niveles inferiores a estos VLA no garantizan ausencia total de riesgo para la salud ya que son orientativos y no consideran al trabajador sensible. Por tanto, determinaciones ambientales en el puesto de trabajo inferiores a los VLA no descartan el origen laboral de una patología, sobre todo cuando la historia clínico-laboral detallada sugiere una estrecha relación.

4. Se puede contactar con el Instituto Nacional de Toxicología (Teléfono 91 562 04 20) para recabar información sobre un agente químico concreto.

## Fuentes de información en Salud y Seguridad Laboral

1. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) es un órgano científico y técnico de la Administración General del Estado especializado en materia de prevención de riesgos laborales. Entre sus funciones está la de asistencia técnica y científica. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo dispone de una página web con documentos muy interesantes en Salud y Seguridad laboral (<http://www.mtas.es/insht>).

De particular interés para el médico del Sistema Público de Salud son las Notas Técnicas de Prevención, los Protocolos de Vigilancia de la Salud Laboral, las Guías Técnicas de Prevención y los Valores Límites Ambientales de exposición a agentes químicos. Estos últimos se actualizan todos los años.

2. También presenta recursos informativos interesantes el Ministerio de Sanidad y Consumo en su página web (<http://www.msc.es>) en su enlace de salud, medioambiente y trabajo.

2. Los artículos científicos relacionados con la patología laboral se encuentran dispersos en revistas generalistas o de especialidades médicas. La mayoría, o al menos sus resúmenes, están disponibles en PubMed de forma gratuita (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>). Una opción interesante para acceder de forma gratuita a artículos en español es el portal Scielo (<http://www.scielo.org>).

3. En internet hay varios portales dedicados a la Prevención de Riesgos Laborales y páginas web de diversas sociedades científicas con documentos y artículos técnicos que también pueden consultarse:

Prevention World

<http://www.prevention-world.com/reg/default.asp>

Prevención Integral

<http://www.prevencionintegral.com>

Sociedad Castellana de Medicina y Seguridad en el Trabajo

<http://www.ctv.es/scmst/>

Sociedad Asturiana de Medicina y Seguridad en el Trabajo

[http://www.samst.com/inicio\\_cen.asp](http://www.samst.com/inicio_cen.asp)

Boletín electrónico ERGA

[http://www.mtas.es/insht/information/otros/erga\\_n.htm](http://www.mtas.es/insht/information/otros/erga_n.htm)

# CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN - 3

*(Contestar algunas de las cuestiones requiere consultar la Lista de enfermedades profesionales)*

## **1. La sordera profesional**

1. Comienza afectando frecuencias altas
2. Es unilateral
3. Es reversible al evitar la exposición al ruido
4. El trabajador nota dificultad para comprender el lenguaje desde el principio

## **2. La patología laboral más frecuente es**

1. Dermatitis irritativa
2. Sordera profesional
3. Asma laboral
4. Tendinitis de hombro

## **3. La neumonitis por hipersensibilidad tras exposición laboral a polvos orgánicos**

1. Es accidente de trabajo de presunción
2. Es enfermedad profesional de presunción
3. Es accidente de trabajo si se demuestra la relación causal con el trabajo
4. Es una enfermedad común

## **4. Tras varias jornadas atornillando con una llave fija un trabajador presenta epicondilitis derecha**

1. Es una Enfermedad Profesional
2. Es Accidente de Trabajo
3. Es Enfermedad Común
4. Es Accidente no Laboral

## **5. El síndrome del túnel carpiano**

1. Se observa en tareas de flexo-extensión repetida de muñeca
2. La clínica empeora por la noche
3. Encaja en la lista de enfermedades profesionales de neuropatías por presión
4. Todas son ciertas

## **6. Un trabajador refiere que su lumboartrosis se agudizó tras mover sacos de 20 Kgs**

1. Es Enfermedad Común ya que tiene una patología degenerativa
2. Encaja como Enfermedad Profesional
3. Es un Accidente de Trabajo
4. Es una Accidente no laboral

## **7. Una meniscopatía**

1. Es enfermedad profesional de presunción en un futbolista
2. Es enfermedad profesional si se demuestra su origen laboral en un camionero
3. Es enfermedad profesional de presunción en un minero
4. Siempre es enfermedad profesional en un trabajador en activo

**8. La dermatitis en un albañil por contacto con el cromo contenido en el cemento**

1. Es un Accidente de Trabajo
2. Es irritativa por efecto directo del cromo
3. Es alérgica por contacto
4. Se confirma con pruebas epicutáneas (prick test)

**9. La asbestosis laboral**

1. Cursa con fibrosis intersticial difusa
2. La afectación de la pleura es rara
3. Es típico que el trabajador presente disnea desde el comienzo
4. Es una enfermedad profesional que encaja en el Grupo B

**10. La silicosis**

1. Su incidencia está aumentando (patología emergente)
2. Es una enfermedad profesional que encaja en el Grupo C
3. Solo se conoce una forma clínica crónica
4. La auscultación siempre es anormal

**11. Se estima que el trabajador que debe elevar la voz en su tarea para ser comprendido a un metro:**

1. Está expuesto a  $\geq 40$  dB(A)
2. Está expuesto a  $\geq 80$  dB(A)
3. Está expuesto a  $\geq 90$  dB(A)
4. Está expuesto a  $\geq 120$  dB(A)

**12. El cáncer laboral más frecuente es de:**

1. Hígado
2. Pulmón
3. Vejiga
4. Piel

**13. Un cáncer de piel en antebrazo en un tornero que refiere contacto habitual con aceites de corte**

1. Es una enfermedad profesional del Grupo C
2. Es una enfermedad del Grupo D
3. Es una enfermedad profesional del Grupo F
4. Es una enfermedad profesional del Grupo B

**14. En una industria dos jóvenes presentan cáncer de pelvis renal y uno en vejiga en el periodo de un año**

1. Se pensará en que han inhalado fibras de amianto
2. Hay que determinar los niveles de cromo en su orina
3. Un agente de las aminas aromáticas en el trabajo es lo primero a sospechar
4. Se pensará en un hecho casual, y no procede una evaluación

**15. La dermatitis de causa laboral**

1. Se recogen en la Lista de Enfermedades Profesionales en el Grupo B
2. El retraso diagnóstico empeora el pronóstico
3. Manos y cara son las partes más afectadas
4. Todas son ciertas

**16. El asma laboral por polvo de harina en un panadero**

1. El antígeno implicado se considera de bajo peso molecular
2. Que se acompañe de rinoconjuntivitis es excepcional
3. La reacción se produce en minutos y se resuelve en horas
4. Es una Enfermedad Profesional recogida en el Grupo D

**17. El carcinoma bronquial por cromo en un soldador de acero inoxidable**

1. Es una enfermedad profesional del grupo D
2. Es accidente de trabajo (enfermedad relacionada con el trabajo)
3. Es enfermedad común
4. Es una enfermedad profesional del grupo F

**18. El cáncer de senos nasales se asocia de forma específica con**

1. Polvo de maderas duras
2. Fibras de amianto
3. Vapor de benceno
4. Cloruro de vinilo

**19. El proyecto de nueva Lista de Enfermedades Profesionales**

1. Considera diez grupos de enfermedades profesionales
2. Es un proyecto de Directiva Europea que será de obligado cumplimiento
3. Se ha difundido ya el primer borrador y continúan los trabajos
4. No existe

**20. La página *web* del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene dispone de los documentos**

1. Notas Técnicas de Prevención
2. Protocolos de Vigilancia de la Salud Laboral
3. Guías Técnicas informativas sobre normativa preventiva
4. Todos los anteriores



## Capítulo II

# GESTIÓN ADMINISTRATIVA

*«La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente  
y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia.»*

*Código de Ética y Deontología, OMC.*

**Fernando Quijano Terán**  
Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria





# 1

## INTRODUCCIÓN

La actividad laboral es fuente de exposición a riesgos para la salud a tener presentes en la atención de los usuarios del Sistema Nacional de Salud en tanto que en su mayoría son también trabajadores.

Así, un colectivo importante de pacientes que acuden al Sistema Nacional de Salud está o ha estado sometido a la interacción de distintos riesgos laborales, algunos aún no bien conocidos, que participan junto con los propios condicionantes personales, sociales y sanitarios en el desarrollo de una eventual patología laboral.

La repercusión clínica, administrativa y legal que tiene la gestión preventiva y asistencial para los trabajadores en activo (38% de la población), los jubilados (por riesgos *diferidos*) e instituciones (Sistema Nacional de Salud, Instituto Nacional de la Seguridad Social, Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales), y en conjunto para todo el sistema de protección social y sanitario es de tal calado, que de su uso racional por todas las partes depende, además de la mejora de la salud de los ciudadanos, la supervivencia de las prestaciones económicas y sanitarias a que tienen derecho los trabajadores en defensa de su bien jurídico de mayor nivel: *el derecho a la salud y seguridad en el trabajo* (Blasco A, 1998).

La adecuada gestión clínica y administrativa de la asistencia a los pacientes en el Sistema Nacional de Salud es un mandato ético y profesional (Código Deontológico). Los facultativos están sujetos a esa doble imposición asentada en los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia que les convierte en gestores principales tanto de la atención de la salud de los usuarios por delegación de los mismos al confiar en su quehacer profesional, como del Estado que les faculta para gestionar los recursos públicos (Zarco et al. 2001).

El facultativo del Sistema Nacional de Salud está en una posición privilegiada para detectar la patología laboral ya que sigue en el tiempo la salud de los usuarios-trabajadores como ningún otro profesional de la salud. Además hay que tener en cuenta que aún se está a falta de un sistema eficaz para el diagnóstico y registro de los daños a la salud de origen laboral. En consecuencia, el facultativo del Sistema Nacional de Salud debe estar alerta durante la asistencia a los usuario-trabajadores y *velar por su salud integral* incluida la laboral, procurando el diagnóstico precoz de las afecciones profesionales y su tratamiento

adecuado, notificar el daño contribuyendo a eliminar el riesgo laboral que lo originó protegiendo así la salud de sus compañeros de trabajo aún no afectados y la del propio trabajador en el futuro.

Los facultativos del Sistema Nacional de Salud manejan recursos públicos que la sociedad les delega confiando en su buen uso y sin olvidar la responsabilidad compartida con Médicos del Trabajo, de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, de Servicios de Prevención, Inspectores Sanitarios e Inspectores de Trabajo para lograr una adecuada coordinación en beneficio del ciudadano. Ante la posibilidad de un daño a la salud de origen laboral no cabe la inhibición del facultativo del Sistema Nacional de Salud pensando que es tarea de otras instancias. Forma parte de su quehacer profesional la detección y gestión de problemas de salud laboral dentro de sus posibilidades, que en ocasiones, son iguales o superiores a las que disponen los Médicos del Trabajo de los Servicios de Prevención en la Vigilancia de la Salud laboral que practican.

Es preciso que el facultativo se familiarice con la normativa básica que regula las prestaciones sanitarias y económicas y los organismos implicados en su gestión y control en las vertientes clínica, administrativa e inspectora.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales ya promueve, al igual que la Ley General de Sanidad, la coordinación de los distintos agentes implicados en la salud laboral. La forma en que se desarrolle dicha coordinación se concretará en cada comunidad autónoma. El objetivo final es generar la situación descrita como la de *ganador-ganador* (Ruiz Téllez A, 1999), gestionando la contingencia laboral de forma que todos ganen:

- El trabajador, al recuperarse en el menor plazo y en las mejores condiciones, evitando recaídas e incapacidades tempranas.
- El Sistema Nacional de Salud, al cumplir su función preventiva, curativa, recuperadora y garante de la salud del trabajador y de sus compañeros en riesgo.
- El Sistema de protección de la Seguridad Social, que mejora su eficiencia al dar una prestación a coste razonable, evitando la progresión e invalidez.
- Los ciudadanos, que aprecian una correcta gestión de sus impuestos y se sienten protegidos en su salud y seguridad.
- Las empresas, que mejoran su productividad y aminoran los costes por patología laboral haciendo más rentable lo invertido en su Sistema de Prevención de Riesgos Laborales.

Las Administraciones Laboral y Sanitaria a través de sus organismos competentes deben velar por el adecuado desarrollo de las funciones de la Vigilancia de la Salud Laboral y de la calidad de los Servicios de Prevención ejerciendo con decisión sus cometidos.

Ambas Administraciones han de colaborar con el Sistema Nacional de Salud en la detección y notificación de la patología laboral estableciendo cauces adecuados con otros interlocutores, y ejercer en apoyo de éstos y del trabajador. Todo ello de forma racional ante hechos actuales de gran importancia como:

- Los cambios en el sistema productivo que conllevan: elevada temporalidad, inmigración, feminización y subcontratación.
- Los elevados índices siniestralidad laboral.
- La importante subdeclaración de enfermedades profesionales respecto a la esperada en comparación con otros países del entorno.
- El repunte en los últimos años del gasto de la incapacidad temporal a pesar de haber implicado a nuevos agentes controladores ajenos al propio Sistema Nacional de Salud.
- Estudios que señalan un desvío de hasta casi un 20% de las contingencias profesionales hacia la contingencia común (entre 16%-30% según observación personal), con la consiguiente sobrecarga del Sistema Nacional de Salud y del coste de la incapacidad temporal por contingencia común. Esta circunstancia no permite corregir riesgos laborales inadvertidos que ponen en riesgo la salud de otros trabajadores, compañeros del afectado (Castejón J, 2001).

Cabe señalar que entre las propuestas del Libro Blanco para la Salud Laboral está la de establecer en el Sistema Nacional de Salud un sistema centinela de notificación de patología laboral con el fin de detectar las eventuales situaciones que escapen a la Vigilancia de la Salud que practican los Médicos del Trabajo. Para tal fin se insta a sensibilizar y formar a los facultativos del Sistema Nacional de Salud en patología laboral.



## ESTUDIOS EN SALUD LABORAL CONDICIONANTES Y CONSECUENCIAS

### 1. Resultados de estudios en Salud Laboral

La salud laboral es una parcela importante de la salud integral ya que se estima un tiempo de exposición a los riesgos del trabajo de más de 75.000 horas durante toda la vida laboral. En consecuencia, se debe tener en cuenta los resultados que proporcionan diversos estudios en este campo para sensibilizarse con la importancia de la relación entre trabajo y salud:

1. Según los datos del Ministerio de Trabajo entre 2000-2003 se declararon 1.800.000 accidentes de trabajo por año frente a 23.000 enfermedades profesionales. Se registraron 1.058 muertes durante la jornada laboral por año y 421 *in itinere*.

2. Un estudio de principios de los 90 estimaba que el 25% de los trabajadores, algo más de tres millones, estaban expuestos a agentes cancerígenos. Sin embargo, en el registro oficial de 1999 se notificaron sólo tres casos de cáncer laboral. (Kogevinas et al, 2000)

3. Donde se han creado redes de médicos centinela en salud laboral, como en el Instituto Navarro de Salud Laboral, se ha demostrado la elevada frecuencia con que la patología laboral y en concreto la enfermedad profesional es atendida en el Sistema Nacional de Salud como contingencia común. La información generada por estas redes, así como la procedente de estudios de patología esperada por población ocupada y sector, confirma la subdeclaración y registro de la patología laboral y su morbi-mortalidad (Artieda et al, 2004).

4. Estudios realizados en España sugieren que las muertes por causa laboral suponen el 4% del total de fallecimientos y que la subdeclaración de enfermedades de origen laboral afecta a más de 75.000 casos por año. Según estos datos, el 83% de la patología laboral no está siendo registrada en la estadística oficial donde además la mortalidad por ese origen es casi nula. (García A et al, 2004)

5. Se estima una incidencia anual de enfermedades laborales de 537 por 10.000 trabajadores. En consecuencia, se verían afectados un total de 800.000 trabajadores al año en España. Las principales patologías son las de

tipo musculoesquelético y psíquico. Si se aplica la incidencia estimada a la población de Cantabria en el 2004 se deberían haber notificado más de 12.000 patologías laborales frente a las 412 registradas (Fernández I, 2005).

En definitiva, se constata la infradeclaración de la patología laboral que está siendo tratada como contingencia común en el Sistema Nacional de Salud en vez de la entidad aseguradora que corresponde por su origen: Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales o Instituto Nacional de la Seguridad Social.

La incapacidad temporal notificada como contingencia común pero cuyo verdadero origen es laboral se estima en un 16% del total de las incapacidades temporales prescritas. Esto supone para el Sistema Nacional de Salud un gasto extra del orden de 530 millones euros (Castejón J, 2001).



## 2. Nuevos condicionantes

Están apareciendo nuevas formas de enfermar inespecíficas y multifactoriales que limitan la aplicación de criterios causa-efecto de la emergente patología laboral no listada en el cuadro oficial de enfermedades profesionales que data de finales de los setenta (Real Decreto 1995/1978). Así sucede con las patologías de tipo ergonómico y psicosocial (estrés laboral, *mobbing*, *burnout*). Pero la norma fue previsor para aceptar otras actividades no listadas y en 1981 ese Real Decreto se modificó, volviendo a resaltar el legislador el carácter de presunción que ya venía en la Ley General de la Seguridad Social: *“con lo que se establece una presunción automática del origen de la enfermedad profesional listada a favor de los trabajadores”*, frase que remarca el carácter protector y amplio de dicha legislación (Fernández I, 2005).

Por otro lado, los cambios políticos y administrativos acaecidos desde los años 80 han propiciado una desigual aplicación de la normativa en salud laboral. Esta circunstancia, dificulta unificar y comparar los criterios y políticas respecto de la vigilancia y control de la salud laboral adoptadas por las Administraciones Laboral y Sanitaria en cada CCAA.

### 3. Consecuencias

Persisten a modo de "daños invisibles" un gran número de enfermedades relacionadas con el trabajo, que no son notificadas y que están siendo atendidas como contingencia común en cada Servicio Público de Salud (Guillén 2002).

Es prioritario que los facultativos del Sistema Nacional de Salud, Instituto Nacional de la Seguridad Social, Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, Administraciones Públicas y Agentes Sociales (empresarios y sindicatos) afronten de forma sinérgica el problema de la subdeclaración de la patología laboral y lo anterior a pesar de los aparentes intereses contrapuestos.

No ha de olvidarse que el objetivo es el ciudadano y su salud. La dinámica actual es la de *perdedor-perdedor* ya que ni el sistema ni el paciente se benefician. Se debe entrar en la dinámica *ganador-ganador* que consiga reducir los riesgos laborales, la incapacidad temporal de origen laboral, su coste humano y socioeconómico (Ruiz T, 1999).

Todo lo anterior supondrá para los Servicios Sanitarios una mejor distribución de las prestaciones económicas y sanitarias reduciendo listas de espera y estudios repetidos.

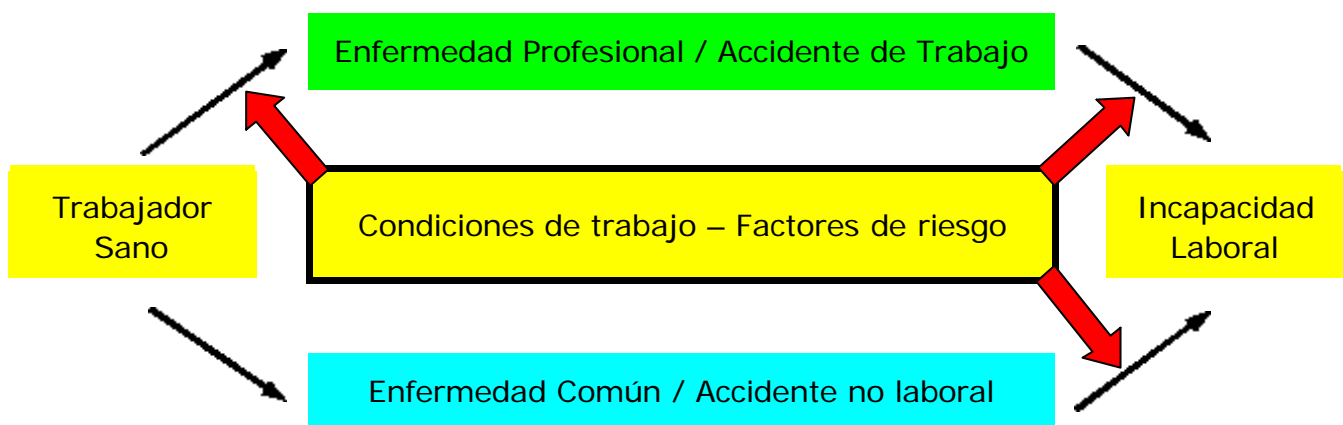




## INCAPACIDAD LABORAL. LA BUROCRACIA

### I. CONCEPTO DE INCAPACIDAD LABORAL

La incapacidad laboral acontece si las condiciones de trabajo hacen inviable que un trabajador enfermo pueda seguir desarrollando su tarea, ya sea su patología por contingencia común o laboral. Es decir, las condiciones de trabajo son determinantes bien de originar el daño en caso de patología laboral, bien de generar la incapacidad en caso de desequilibrio entre una patología y exigencias psicofísicas de la actividad laboral.



Esquema modificado de Benavides, Benach, Moncada 2001

En consecuencia, problemas de salud e incapacidad laboral van unidos a las condiciones del trabajo que son las que tienen un papel determinante. La incapacidad laboral sería la pérdida del balance entre los requerimientos de las condiciones de trabajo y la capacidad para ejecutarlos por motivos de salud.

Es sabido que en España no se dispone de datos fiables sobre morbilidad por patología laboral lo que supone un obstáculo para el desarrollo de estrategias preventivas. Los daños a la salud de origen laboral no reconocidos son de difícil cuantificación. Además a veces se ve dificultado su reconocimiento por las eventuales actitudes más bien restrictivas por parte de la Entidad gestora de su aseguramiento o Mutua colaboradora. Según expertos en epidemiología se calcula hasta ocho veces más el número de enfermedades profesionales reales que las registradas (Guillén et al, 2002).

Los sanitarios de los Servicios Públicos de Salud, ya desarrollen su actividad en Atención Primaria o Especializada, han de afrontar con decisión este problema en su ámbito profesional y mejorar los niveles de diagnóstico y notificación mejorando su conocimiento sobre la patología laboral, al menos de la mayor prevalencia.

Mejorar el diagnóstico de la patología laboral tiene consecuencias beneficiosas no sólo para el trabajador afectado, sino también para sus compañeros de trabajo al prevenir en éstos futuras patologías eliminando el riesgo y para los recursos socioeconómicos del sistema sanitario.

Los facultativos han de familiarizarse con conceptos habituales en salud laboral como los de riesgo, exposición, incapacidad temporal (IT), incapacidad permanente (IP) y menoscabo. También deben conocer los agentes implicados en la gestión de cuestiones relacionadas con la salud laboral y sus funciones como el Instituto Nacional de la Seguridad Social, Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, Equipo de Valoración de Incapacidades, Inspección Sanitaria e Inspección de Trabajo entre otros.

## II. LA BUROCRACIA

Por burocracia el Diccionario de la Real Academia entiende los trámites necesarios para realizar una gestión. En sentido negativo es la complicación y lentitud de las gestiones, en particular las relacionadas con la Administración Pública.

A modo de recuerdo, la burocracia que ha de conocer por normativa legal el facultativo de un Sistema Público de Salud es (Serrat Moré, D. 2004):

1. Respecto a la documentación: Historia clínica, partes incapacidad temporal, certificados
2. Respecto a la documentación de muerte: Certificado
3. Respecto a la documentación de lesiones: Accidente laboral, tráfico
4. Respecto a la documentación de enfermo mental: Informes

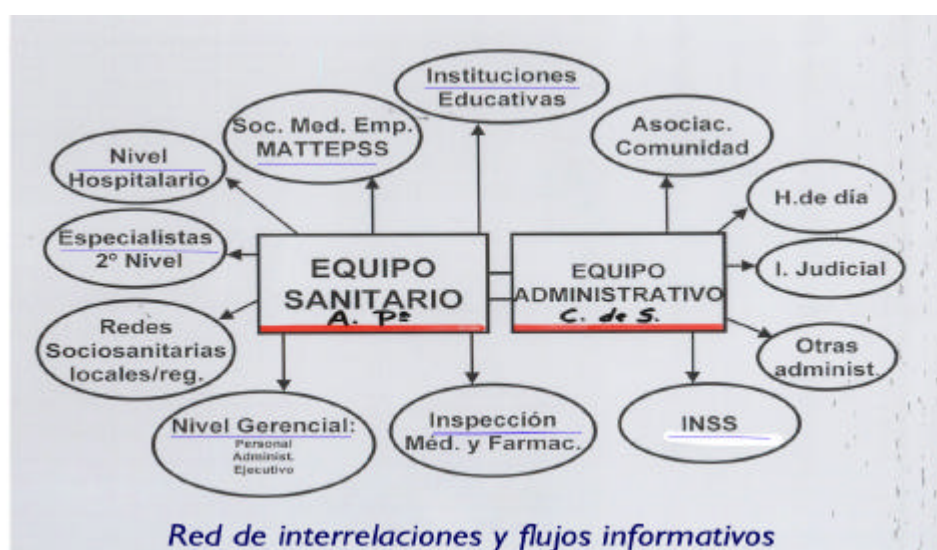
### 1. Aspectos de gestión en la atención al trabajador

Si un facultativo del Servicio Público de Salud en la atención a un trabajador descubre una eventual relación entre patología y trabajo la diagnosticará y tratará sólo si está asegurada su contingencia laboral en Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cambio, si la contingencia laboral está asegurada en una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, lo que es ya casi la regla general, remitirá el trabajador a la misma con los datos clínicos

obtenidos que apoyan la relación, informándole de la necesidad de declarar su patología como contingencia laboral y acogerse a las prestaciones específicas.

En ocasiones el facultativo del Servicio Público de Salud que realiza también gestiones administrativas con el fin de emitir partes de lesiones al juzgado sobre intoxicaciones o lesiones acaecidas en el trabajo y que de forma eventual haya atendido en un centro del Servicio Público de Salud.

Los facultativos del Servicio Público de Salud, y los de Atención Primaria en particular, se relacionan en su gestión sanitaria con gran número de Organismos como los señalados en el siguiente esquema, siendo con frecuencia garantes del adecuado flujo informativo entre todas las partes.



**Red de Interrelaciones y flujos informativos (elaboración propia)**

En algunas comunidades autónomas, y en Cantabria al menos, se cuenta ya con un elevado nivel de informatización, lo que es de gran ayuda para comunicarse de forma fluida con otros facultativos además de obtener recursos formativos e informativos en temas relacionados con la Salud Laboral a través de internet.

Para la adecuada gestión de la salud laboral debe conocerse que el sistema de Seguridad Social garantiza a los trabajadores protección frente a la patología laboral con prestaciones específicas para así poder informar de las mismas al trabajador afectado.

La prestación económica en caso de incapacidad temporal por contingencia laboral corresponde bien a la Entidad por la que la empresa haya optado para cubrir tal contingencia (Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales o Instituto Nacional de la Seguridad Social), bien a la propia empresa si ha sido autorizada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social a colaborar en la gestión de la contingencia laboral. Es la llamada empresa

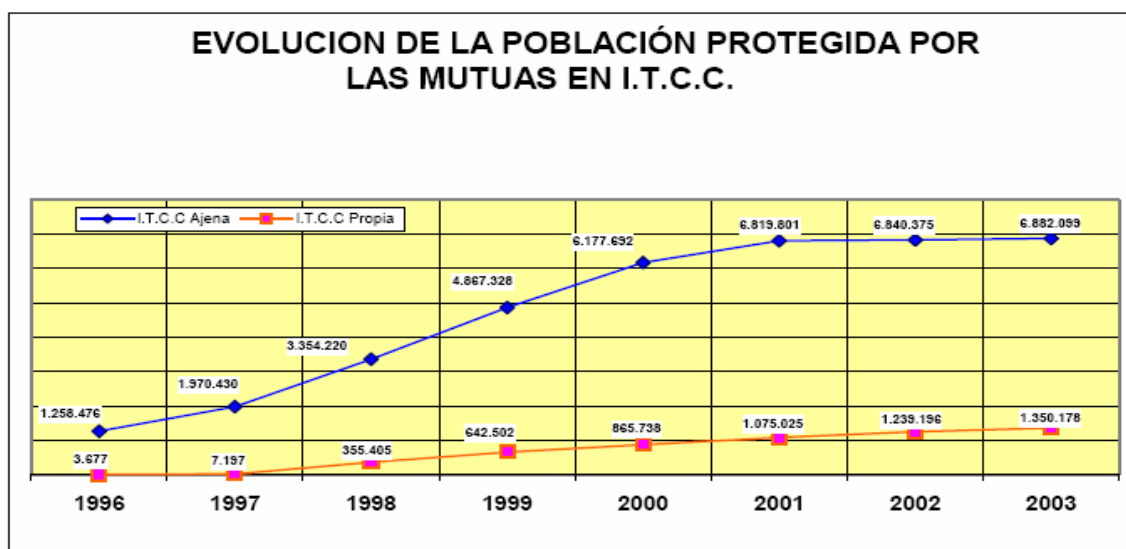
colaboradora o autoaseguradora. Aunque el pago de la prestación económica corresponde a la Entidad por la que se haya optado para el aseguramiento su abono puede ser anticipado por el propio empresario en lo que se denomina *pago delegado*. Éste descontará luego su cuantía de las cuotas mensuales a efectuar a la Entidad aseguradora de dicha contingencia.

## 2. Evolución de la burocracia normativa

En los últimos años se han producido cambios legislativos sobre las prestaciones económicas y sanitarias por incapacidad temporal que han tratado de justificarse por la necesidad de mejorar la gestión y contener los costes.

Así, la incapacidad temporal por contingencia común (ITCC) gestionada por el Sistema Nacional de Salud, la Inspección Sanitaria y el Equipo de Valoración de Incapacidades hasta el año 1997, pasó a ser gestionada desde entonces por el Instituto Nacional de la Seguridad Social creándose además dos agentes controladores dependientes de éste:

1. Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales que pueden asumir la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes de los trabajadores de las empresas que opten por ello con la condición de que tengan asegurada la contingencia profesional en la misma. En consecuencia, las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales ocupan hoy una posición prevalente en la gestión de la contingencia profesional y de la contingencia común.



Fuente: AMAT ([www.amat.es](http://www.amat.es)). Mutuas de accidente de trabajo y prestación incapacidad temporal por contingencias comunes; julio 2004

2. La creación de una nueva Inspección propia del Instituto Nacional de la Seguridad Social para el control de las incapacidades temporales por contingencias comunes y con capacidad para proponer altas e incluso ejecutarlas. Así, hasta la entrada en vigor del Real Decreto 117/1998 que modificó parcialmente el Real Decreto 575/1997, la expedición del parte de alta por contingencia común sólo podían realizarlo los facultativos del Sistema Nacional de Salud, es decir los médicos de Atención Primaria o la Inspección Sanitaria. Con el Real Decreto 117/1998 se faculta a los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social a extender partes de alta médica extinguiendo la prestación económica por incapacidad temporal e incorporando el trabajador a la empresa, sin perjuicio de que el Sistema Nacional de Salud continúe prestando al trabajador la asistencia sanitaria sin baja médica.

En caso de que un facultativo de una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales o del Instituto Nacional de la Seguridad Social decida dar un alta médica por contingencia común deberá comunicarlo al Servicio Público de Salud a través de la Inspección Sanitaria, a fin de que el facultativo de Atención Primaria pueda manifestar su opinión para lo que dispone de un plazo de tres días hábiles.

Si se ejecuta el alta médica emitida por un médico del Instituto Nacional de la Seguridad Social o de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, en los seis meses siguientes una nueva baja por la misma patología sólo podrá ser extendida por la Inspección Sanitaria del Servicio Público de Salud.

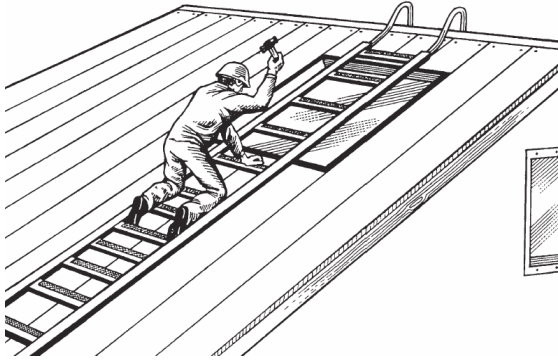
### 3. Desplazamiento de culpa

Los índices de incapacidad temporal por contingencia común se desviaron al alza en los años noventa, en especial en los territorios ya transferidos frente al entonces territorio INSALUD (Quijano F, 1999).

Las organizaciones tienden *culpabilizar* de una mala gestión al eslabón más débil y en sanidad ese papel lo ha sufrido la Atención Primaria cuando se ha tratado de buscar responsables en la inadecuada gestión de la incapacidad temporal por contingencia común (Borrell F, 1999). Se inicia a finales de los noventa una serie de reformas legales, ya comentadas en el epígrafe anterior, orientadas a ceder la gestión de la contingencia común a terceros (INSS, Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales). Si bien al principio pareció contenerse el gasto de la incapacidad temporal, desde el año 2000 se produce un nuevo repunte que aún se mantiene.

También se ha culpabilizado a los facultativos del Sistema Nacional de Salud de aceptar *lo que en otras instancias no se acepta*: que los usuarios-trabajadores

sufren daños de origen laboral con una incidencia más elevada de la notificada en los registros oficiales de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo. Quizás si se tiene alguna responsabilidad, pero en sentido inverso: no haber hecho el suficiente esfuerzo para aflorar la patología laboral por lo que continúa estando subdeclarada.



Por otro lado un posible indiferencia y una formación deficiente en salud laboral juegan en contra de pacientes, facultativos e inspectores sanitarios. Éstos han de superar la zozobra de “enfrentarse” con otras instancias. Es cierto que la maraña administrativa a veces es excesiva y que parece dispuesta para obstaculizar la notificación de la patología laboral. A pesar

de ello cuando se atiende a un trabajador el facultativo del Sistema Público de Salud debe plantearse tres cuestiones:

- ¿Es posible que el paciente padezca una patología laboral?
- ¿Cómo actuar en caso de sospecha?
- ¿Y si precisa incapacidad temporal cómo actúo?

De las respuestas a estas cuestiones dependen la salud y los derechos de los trabajadores. Esta en juego la adecuada defensa de sus derechos legales, la prevención de nuevos casos en compañeros de trabajo y el futuro sostenimiento del Sistema de protección que asegure la equidad de las prestaciones sanitarias.

## CONCEPTOS BÁSICOS, CONFLICTOS Y ORGANISMOS IMPLICADOS EN LA GESTIÓN

Se señalan a continuación una serie de conceptos básicos que conviene conocer para la atención del trabajador.

### 1. Regímenes de la Seguridad Social

La Seguridad Social se compone de un conjunto de regímenes de distinto campo de aplicación con los que el Estado garantiza las prestaciones sanitarias y económicas a los trabajadores. Incluye entre otros a trabajadores por cuenta ajena, por cuenta propia, socios de cooperativas, empleados del hogar y funcionarios públicos. Todos ellos se encuadran bien en el Régimen General, bien en alguno de los Regímenes Especiales. Los regímenes son los distintos cuadros de aseguramiento obligatorio por el hecho de efectuar una actividad laboral. Cada régimen implica distintas cotizaciones y prestaciones aunque hay tendencia a unificarlos hoy en día.

- **Régimen General.**
- **Régimen Especial de la Minería de Carbón**
- **Régimen Especial de Empleados de hogar.**
- **Régimen Especial Agrario**
- **Régimen Especial Trabajadores Autónomos**

Afiliación media a la Seguridad Social por regímenes (Nov-2004)

REGÍMENES	AFILIACIÓN	%	VARIACIÓN ANUAL
General	13.139.040	75.75	3.58
Autónomos	2.873.206	16.56	3.92
Agrario	1.064.994	6.14	-5.21
Mar	73.575	0.42	-2.02
Carbón	11.450	0.07	-11.12
Hogar	183.313	1.06	1.48
TOTAL	17.345.577		2.99

## 2. Menoscabo

Es toda alteración en la integridad anatómica o en la salud física o mental con independencia de su origen. Es un concepto médico y jurídico.

## 3. Contingencia

Es la causa que determina el menoscabo y la incapacidad temporal. Puede ser contingencia laboral (accidente de trabajo o enfermedad profesional) o contingencia común (enfermedad común o accidente no laboral) según su relación sea o no laboral.

## 4. Incapacidad Temporal (LGSS 1/1994; artículo 128)

Es el impedimento para el trabajo que se desempeña de forma habitual.

Puede originarse ser por tres eventos:

1. *Contingencia común*: enfermedad común o accidente no laboral
2. *Contingencia laboral*: enfermedad profesional o accidente de trabajo
3. *Período de observación*. Si se sospecha de enfermedad profesional y es necesario aplazar el diagnóstico definitivo.

En incapacidad temporal se tiene derecho a recibir prestación económica y asistencia sanitaria del sistema de protección de la Seguridad Social.

La duración máxima de incapacidad temporal es de 12 meses prorrogables por otros 6 meses si se prevé el trabajador pueda ser alta por curación. Hay que señalar que las incapacidades temporales que se producen con igual diagnóstico en menos de 6 meses son acumulativas a efectos de plazos de duración de la incapacidad temporal.

Caso especial es la incapacidad temporal por período de observación de una eventual enfermedad profesional cuya duración es de seis meses prorrogables por otros seis.

En prevención del fraude y uso indebido de esta protección conviene recordar que la incapacidad temporal no es un permiso para no ir a trabajar, ni una prescripción de reposo, ni un certificado de enfermedad, sino el reconocimiento de incapacidad para realizar el trabajo habitual (Real Decreto 575/1997 sobre Gestión y Control de las prestaciones económicas por incapacidad temporal).

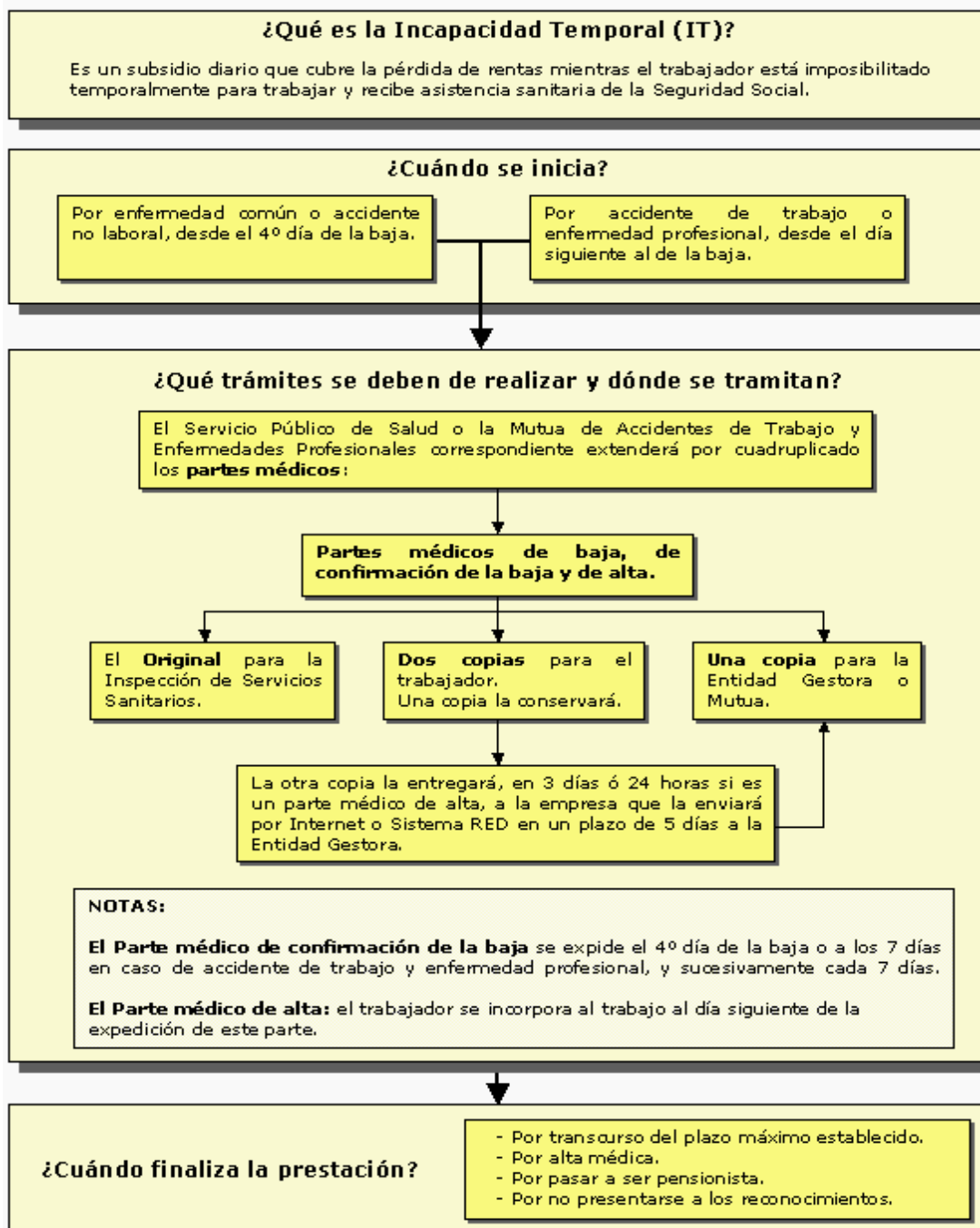
Además del médico y el trabajador hay otras partes que se ven afectadas por una adecuada gestión de la incapacidad temporal: Institución Sanitaria, Empresa y Administración. La adecuada prescripción en el ejercicio de la libertad del ejercicio profesional del médico afecta también al interés general (principio de justicia). Al médico se le demanda doble lealtad: al paciente que le delega su



cuidado y al Sistema Público de Salud para el que presta servicios. Lo anterior obliga a maximizar la eficacia de los recursos disponibles respetando los requisitos de ética y calidad. (Zarco et al 2001)

Así, la incapacidad temporal es parte de un acto médico que implica una valoración clínica inicial antes de su prescripción y un seguimiento. Con la prescripción de una incapacidad temporal se reconoce la enfermedad y el menoscabo que limita la capacidad del paciente trabajador para su tarea habitual, y por tanto que hay un desajuste entre lo que puede hacer y lo que tiene que hacer en su actividad laboral.

(Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Esquema de la Incapacidad Temporal)



## Requisitos para el derecho a la prestación económica por incapacidad temporal:

- Estar de alta real, de alta asimilada (p.e. paro involuntario, desempleo contributivo) o de alta especial (p.e. huelga legal o cierre patronal).
- En caso de contingencia común haber cotizado al menos 180 días en los últimos cinco años anteriores al hecho causante.
- Si es por contingencia laboral (enfermedad profesional o accidente de trabajo) no precisa período de cotización previa.

El derecho al subsidio por incapacidad temporal puede ser anulado si el beneficiario actúa de forma fraudulenta para obtener o conservar la incapacidad aportando documentos o datos falsos o por connivencia con el empresario, si rechaza el tratamiento sin causa razonable o si realiza una actividad laboral. El trabajador puede ser sancionado con la pérdida de la prestación durante 6 meses, con independencia de la obligación de reintegrar las cantidades percibidas (Ley 5/2000 sobre Infracciones y Sanciones del Orden Social).

### Cuantía de la prestación económica

a) Por contingencia común. El 60% de la base reguladora desde el cuarto al vigésimo día. El 75% desde esa fecha en adelante. En el Régimen General el pago es a cargo de la empresa hasta el decimoquinto día y de la Entidad Gestora desde esa fecha. Si la afiliación es en un Régimen Especial habrá que considerar cada caso.

b) Por contingencia laboral (accidente de trabajo o enfermedad profesional). El 75% desde el primer día. La prestación farmacéutica es gratuita.

### Indicadores de incapacidad temporal

Una forma de seguir la evolución de la incapacidad temporal es por indicadores que permiten comparar en el tiempo, detectar tendencias y desviaciones. Son un buen instrumento de valoración cuando se toman como referencia, los valores dados para eventos clínicos concretos.

$$\text{Incidencia mensual de IT} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de bajas en el mes}}{\text{n}^\circ \text{ de afiliados activos}} \times 100$$

$$\text{Prevalencia mensual de IT} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de bajas a fin de mes}}{\text{n}^\circ \text{ de afiliados activos}} \times 100$$

$$\text{Duración media de IT} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de días de baja de las altas del mes}}{\text{n}^\circ \text{ de altas dadas}} \times 100$$

## 5. Incapacidad Permanente

La incapacidad permanente es la alteración de la capacidad laboral que se presume definitiva. Se determina evaluando el grado de menoscabo permanente anatómico, funcional o psíquico para la profesión habitual, considerando ésta como la que desempeñaba en el momento de sufrir la lesión.

El menoscabo debe ser sobrevenido por lo que no cabe alegar lesiones anteriores al momento de afiliación a la Seguridad Social salvo que se hayan agravado como consecuencia de la actividad laboral.

La Incapacidad Permanente se clasifica en diversos grados:

*Incapacidad Permanente Parcial para la profesión habitual.* Se estima que el menoscabo afecta a más del 33% del rendimiento laboral sin impedir las tareas básicas y siendo compatible con cualquier actividad. La cuantía de la prestación económica es a tanto alzado y equivale a 24 mensualidades de la base reguladora del trabajador. Si la incapacidad es por contingencia laboral la base reguladora equivale al salario del mes anterior.

*Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual.* Inhabilita para realizar las tareas fundamentales del trabajo habitual pero le permite realizar otros trabajos. Puede que un menoscabo pequeño ocasione una invalidez total si el trabajo habitual exige integridad de facultades. La cuantía de la prestación económica mensual y vitalicia es del 55% de la base reguladora. Cuando el trabajador supere los 55 años se eleva al 75%.

*Incapacidad Permanente Absoluta para todo trabajo.* Inhabilita para toda actividad laboral. La cuantía de la prestación económica mensual y vitalicia es del 100% de la base reguladora.

*Gran Invalidez.* Cuando además de la invalidez absoluta requiere de auxilio para actividades esenciales vitales como vestirse o calzarse. La cuantía de la prestación mensual es del 150% de la base reguladora. El incremento del 50% se dedica a sufragar los gastos de la persona que le atenderá. Este incremento puede sustituirse a petición del beneficiario por su alojamiento y cuidado en régimen de internado en un centro asistencial de la Seguridad Social.

*Lesión permanente no invalidante.* Es la lesión, deformidad o mutilación de carácter definitivo causada por contingencia laboral que sin alcanzar el grado de invalidez permanente (<33%) supone una alteración de la integridad física del trabajador (*secuela*). La indemnización es por una sola vez y en cantidad alzada que se determina por baremo oficial desarrollado en base al artículo 150 de la Ley General de la Seguridad Social. El pago corre a cargo de la Entidad aseguradora de la contingencia laboral, casi siempre una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, y no perjudica el derecho del trabajador a continuar al servicio de la empresa.

## Procedimiento para solicitar una Invalidez Permanente

Puede solicitarse la invalidez por iniciativa de las siguientes partes:

- A solicitud del trabajador afectado
- De oficio por la Entidad gestora: la Dirección Provincial del INSS
- Por Entidades colaboradoras: Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales o Empresas autoaseguradoras
- Por el Servicio Público de Salud, a propuesta de su Inspección Sanitaria
- Por la Inspección de Trabajo

A veces, la Inspección Sanitaria o el propio trabajador solicita la colaboración del facultativo del Servicio Público de Salud para que emita un informe clínico para instar al INSS a que inicie una actuación de oficio si no está actuando ya por iniciativa propia. En dicho informe evitará proponer un grado de incapacidad.

La concesión de la Incapacidad Permanente y su grado la realiza el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) de la Dirección del Instituto Nacional de la Seguridad Social de la provincia donde tenga su domicilio el trabajador afectado (RD 1300/1995). Esta normativa atribuye al Instituto Nacional de la Seguridad Social la competencia para declarar la Incapacidad Permanente a los efectos de reconocer la prestación económica correspondiente.

No obstante conviene señalar que son los EVI los que deciden, teniendo en cuenta los informes y dictámenes que emiten las Unidades de Valoración Médica de Incapacidades (UVMI) adscritas al Servicio Público de Salud de la CCAA, en relación con la disminución de la capacidad laboral (RD 2609/1982). En definitiva las UVMI emiten informes sobre la disminución de la capacidad para el trabajo y los EVI resuelven si procede la incapacidad permanente y su grado.

Los EVI están constituidos por un presidente, el subdirector provincial de invalidez del INSS, y cuatro vocales nombrados por el director general del INSS: un inspector sanitario de la comunidad autónoma, un facultativo del propio INSS, un inspector de trabajo y un funcionario de la unidad de trámite de las prestaciones de Incapacidad Permanente quién ejerce de secretario. Tienen también la facultad de actuar como vocales un experto en salud y seguridad en el trabajo si se sospecha incumplimiento de la normativa preventiva en el origen de las lesiones y un especialista en rehabilitación si existen indicios razonables de que las lesiones del trabajador son recuperables.

Los EVI deciden si procede algún grado de Incapacidad Permanente teniendo en cuenta los informes médicos de las UVMI y en base a tres consideraciones:

1. Requerimientos psicofísicos para ejercer la profesión
2. Condiciones psicofísicas del trabajador y eventual resolución de dolencias
3. Relacionar los requisitos del puesto con el estado del trabajador

## Contingencia común y contingencia laboral: similitudes y diferencias

	<b>CONTINGENCIA LABORAL</b>	<b>CONTINGENCIA COMUN</b>
<b>INCAPACIDAD TEMPORAL</b>	<p>En el cálculo de la Base Reguladora computan las horas extras del último año.</p> <p>No precisa periodo de carencia.</p> <p>Farmacia gratuita (receta azul)</p>	<p>No computan las horas extras.</p> <p>Se exige cotización previa de 180 días, en los últimos 5 años.</p> <p>Asistencia en el Servicio Público de Salud de la comunidad autónoma.</p> <p>Abona el 40% de gastos de farmacia</p>
<b>TOPE DE COTIZACIÓN</b>	<p>Salario real.</p> <p>Máx. 2652 euros y mín. 526 euros</p>	<p>Según grupo de cotización (hasta 11 tipos). Tienden a reducirse.</p>
<b>INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL</b>	<p>Si es por accidente de trabajo la Mutua ingresa en la Tesorería General de la Seguridad Social el capital renta que resulte como compensación económica y que el INSS asume. Si es por enfermedad profesional no hay cálculo de capital renta y la prestación la abona el INSS</p>	<p>Prestación económica del 55% de la Base Reguladora.</p> <p>Cuando supere los 55 años de edad se eleva al 75% de la Base Reguladora.</p>
<b>INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA</b>	<p>No precisa período de carencia.</p> <p>Se percibe 100% de la Base Reguladora.</p>	<p>Si &lt;26 a. haber cotizado 25% del tiempo entre los 20 a. y el hecho.</p> <p>&gt;26 a. Igual requisito + que el 20% lo sea en los 10 a previos al hecho causal</p>
<b>INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL</b>	<p>No precisa carencia</p>	<p>Si &lt;21 años haber cotizado la mitad del tiempo desde los 16 hasta la incapacidad temporal. Si &gt;21 cotizado 1800 días los últimos 10 años.</p>
<b>LESIÓN PERMANENTE NO INCAPACITANTE</b>	<p>Indemnización según tablas de baremo para contingencia laboral</p>	<p>No da lugar a indemnización.</p>
<b>PERÍODO DE OBSERVACIÓN</b>	<p>Período necesario para el estudio médico de una posible enfermedad profesional.</p> <p>Incapacidad temporal máxima de 6 meses prorrogables por 6 más.</p>	<p>No da lugar</p>

## 6. Eventuales conflictos

1. La importante repercusión social, económica y laboral que tiene la incapacidad, sitúa en ocasiones al médico y al paciente ante conflictos éticos y de intereses, planteando dudas en la adecuada aplicación de los principios de *justicia*, *beneficiencia* y de *no maleficiencia*, en la aplicación de las prestaciones por contingencia laboral bien regladas pero limitadas (Guerra G, 1999).

2. El respeto a la autonomía del trabajador y a la confidencialidad son otros principios de difícil trato en la adecuada gestión de cuestiones de salud laboral. Por ejemplo, el reconocimiento de una patología como enfermedad profesional puede ser vetado por el propio trabajador al temer por otro tipo de intereses, como la pérdida del empleo en caso de precariedad.

3. La falta de información o desinterés del médico en relación con la salud laboral facilita situaciones de injusticia o de conflicto.

4. Desconfianza entre facultativos de diverso ámbito: de empresa, de Mutuas, del INSS y del Servicio Público de Salud.

5. Escasa formación y coordinación en salud laboral entre los agentes implicados.



6. Burocracia excesiva que desmotiva a la hora de abordar la contingencia laboral y los informes que puede conllevar.

7. Una *cultura discrepante* entre partes implicadas ante la posibilidad de notificar una patología como enfermedad profesional. Esto induce a pensar que se está más pendiente de defender intereses particulares que de interpretar de forma correcta el artículo 116 de la LGSS. Por ejemplo, algunos tienden a invertir el sentido de la Ley al interpretar que hay "*que demostrar el origen laboral*" de una patología ya está listada como enfermedad profesional en el RD 1995/1978 y donde rige el *principio de presunción*.

8. La existencia de crisis laborales, litigios entre trabajador y empresa, neurosis de renta, ocultación de estado de salud al ingreso en la empresa tratando de achacar más tarde la dolencia a la actividad laboral.

9. La dificultad diagnóstica de la patología laboral no listada en el RD 1995/1978 por un largo período de latencia entre la exposición y enfermedad.

10. La ausencia de criterios clínicos o histológicos que permitan distinguir si una patología no listada en el RD 1995/1978 es por contingencia común o laboral.

11. Insuficiente tiempo dedicado en la consulta a tratar los aspectos laborales del paciente trabajador y la eventual incidencia en su salud integral.

12. La desconfianza del propio trabajador que a veces percibe al médico de su empresa como del *empresario* y al de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales como el *defensor de intereses ajenos*.

## 7. Organismos implicados en la gestión de la Salud laboral

Además de trabajador, empresa y agentes sociales, asociaciones de empresarios y sindicatos, se implican en la gestión de la Salud Laboral otras instituciones y organismos por su carácter multidisciplinar.

### Administración General del Estado

Los distintos departamentos de la Administración General del Estado con competencias en esta materia se encuentran representados en la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo y participan como miembros activos en la Red Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

### Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

Es el principal órgano de participación institucional en materia de seguridad y salud en el trabajo. La integran un representante por cada una de las 19 Comunidades Autónomas, 19 miembros de la Administración General del Estado, 19 representantes de las organizaciones empresariales y 19 representantes designados por las organizaciones sindicales más representativas.

### Órganos de participación institucional en cada Comunidad Autónoma

Cada CCAA puede crear un órgano de participación institucional en el ámbito territorial de su competencia. Tienen las mismas funciones que la Comisión Nacional pero limitadas a su ámbito.

En Cantabria la Comisión Cántabra de Seguridad y Salud en el Trabajo es el órgano colegiado de carácter consultivo y de participación de empresarios y trabajadores en materia de seguridad y salud en el trabajo. La Comisión está formada por 4 representantes de sindicatos, 4 representantes de organizaciones empresariales y 4 representantes de la Administración.

### Instituto Nacional de la Seguridad Social

Es la Entidad gestora de las prestaciones de la Seguridad Social. Depende del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y es competente para evaluar y revisar la prestación por incapacidad laboral mediante un servicio médico propio.

### *Servicio Público de Salud de la Comunidad Autónoma*

En caso de contingencia común presta la asistencia sanitaria y genera la incapacidad temporal en caso necesario.

En caso de contingencia laboral (accidente de trabajo o enfermedad profesional) sólo presta al trabajador asistencia sanitaria y genera la incapacidad temporal si el empresario ha optado por asegurar esa contingencia en el propio INSS, hoy ya una circunstancia poco frecuente.

Dado que la mayoría de las empresas tienen la contingencia laboral asegurada en una MATEPSS el facultativo del Servicio Público de Salud que detecte o sospeche una patología de origen laboral debe remitir el caso a la misma.

### *Inspección Sanitaria*

Gestiona y controla las incapacidades temporales junto a los facultativos de Atención Primaria y es un punto de conexión entre los diversos agentes implicados. Adscrita en su inicio a la Subdirección General de Inspección Sanitaria del INSALUD tras las transferencias se integró en los Servicios Públicos de Salud de cada Comunidad Autónoma.

### *Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)*

Gestiona las pensiones de invalidez y de jubilación en sus modalidades no contributivas y los servicios complementarios de las prestaciones del sistema de la Seguridad Social.

También le corresponde la asistencia a las migraciones interiores, la promoción e integración social de los emigrantes, la asistencia a los solicitantes de asilo y la promoción e integración de refugiados y desplazados.

### *Instituto Social de la Marina*

Tiene la doble competencia de Entidad Gestora del Régimen Especial de la Seguridad Social para los Trabajadores del Mar y de Organismo encargado de la problemática social del sector marítimo pesquero.

### *Tesorería General de la Seguridad Social*

Le compete la gestión de los recursos económicos así como la administración financiera del sistema de protección de la Seguridad Social. Aplica los principios de solidaridad financiera y de caja única (Real Decreto 2318/1978).



### Empresa Colaboradora (Autoaseguradora)

En relación con sus propios trabajadores la empresa de más de 250 trabajadores podrá colaborar de forma voluntaria en la gestión de la Seguridad Social en alguna de las siguientes contingencias, o en las dos de forma simultánea:

- a) Contingencia laboral. Asumiendo el pago directo y a su cargo de prestaciones económicas por incapacidad temporal derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional y facilitar las prestaciones de asistencia sanitaria y de rehabilitación durante tal situación.
- b) Contingencia común. Asumiendo la colaboración en la gestión de la asistencia sanitaria y de la incapacidad temporal por enfermedad común o accidente no laboral.

NOTA: Todas las empresas tienen una forma de colaboración obligatoria: el pago delegado de las prestaciones económicas por incapacidad temporal o por desempleo parcial que luego detraerán del abono mensual de las cuotas a la Seguridad Social.

### Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

Es una asociación de empresas legalmente constituida y sin ánimo de lucro, con responsabilidad mancomunada de sus asociados. La dirección, vigilancia y tutela de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEPSS) corresponde al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Creadas por la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900 han venido colaborando en la gestión de la contingencia laboral por la Seguridad Social.

Desde 1994 las MATEPSS tienen la posibilidad de cubrir la prestación económica de la incapacidad temporal por contingencia común y por el Real Decreto 575/1997 pueden llevar a cabo actividades de comprobación sobre el mantenimiento de los hechos causantes de la baja laboral por dicha contingencia. Su personal médico puede conocer los diagnósticos relativos a la baja e incluso a reconocer a los trabajadores y efectuar propuestas de alta médica si consideran que el trabajador no está impedido para el trabajo. La negativa infundada del trabajador a ser reconocido da lugar a propuesta de alta médica por parte de la MATEPSS que será remitida, a través de la Inspección Sanitaria, al facultativo de Atención Primaria del Servicio Público de Salud que deberá pronunciarse en 10 días reiterando la baja o dando el alta.

### Comisiones de Control y Seguimiento de las MATEPSS

Es el órgano a través del cual participan los trabajadores y los empresarios en el control y seguimiento de la gestión que desarrollan las Mutuas. Se pretende que los agentes sociales puedan comprobar que realizan sus funciones con estricto respeto de los objetivos de la Seguridad Social. Las Comisiones pueden pedir información sobre cualquier actividad de la Mutua, enjuiciarla y proponer las medidas necesarias para mejorar el cumplimiento de sus fines en el marco de los objetivos generales de la Seguridad Social.

### Inspección de Trabajo

Vigila y controla el cumplimiento de la normativa de la Seguridad Social y de prevención de riesgos laborales. Puede proponer sanciones para los empresarios que incumplan la normativa. Éstas deberán ser ratificadas por:

- a) La Autoridad Laboral, si se trata de una multa.
- b) El Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, si se trata de una propuesta de recargo de las prestaciones económicas del 30 al 50% por invalidez o muerte por contingencia laboral derivada de incumplimiento grave de la normativa de prevención.

### Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)

Órgano técnico estatal que estudia las condiciones de trabajo y promueve su mejora. Dispone de página *web* con amplios recursos informativos en salud laboral que conviene consultar, como los enlaces dedicados a las notas y guías técnicas de prevención (<http://www.mtas.es/insht/>).

También administra la Red Española de Seguridad y Salud en el Trabajo que emplea internet para difundir información. Ésta se estructura y organiza como el resto de las Redes Nacionales Europeas, y todas ellas son coordinadas por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Con el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo colaboran los Centros de Seguridad y Salud en el Trabajo transferidos a las comunidades autónomas, con gran experiencia y punto de apoyo técnico para todas las partes implicadas en la gestión de la Salud Laboral.

### Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo (INMST)

Depende del Ministerio de Sanidad y dispone de una estructura docente para la formación de profesionales sanitarios en medicina y enfermería del trabajo, así como en prevención de riesgos laborales.

### Consejería de Sanidad de cada Comunidad Autónoma

Tiene las competencias de la Administración Sanitaria en Salud Laboral en su ámbito territorial, a través de la Unidad de Salud Laboral.

El deber de implicación de Atención Primaria y Especializada en la salud laboral quedó establecido en tres normas legislativas:

- La Ley General de Sanidad 14/1986 (Capítulo IV)
- La Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 (Capítulo II)
- El Reglamento de los Servicios de Prevención 39/1997 (Capítulo VII)

Las normas promueven la coordinación mediante una serie de actuaciones:

1. Establecer medios de control de la actividad sanitaria de los Servicios de Prevención en las empresas, estableciendo protocolos de actuación a los se someterán tales servicios.
2. Implantar sistemas de información junto a la Autoridad Laboral elaborando mapas de riesgos laborales y estudios epidemiológicos en patología laboral.
3. Promover la formación continua en prevención y en promoción de la salud laboral de los facultativos de Atención Primaria y Especializada y de los Servicios de Prevención.
4. Elaborar y difundir estudios e investigaciones relacionadas con la Salud laboral y promover la salud integral del trabajador.
5. Lograr la colaboración de los Servicios de Prevención con el Sistema Nacional de Salud en el seguimiento de la salud de los trabajadores y en vigilancia epidemiológica.
6. Incluir contenidos de salud laboral en los proyectos curriculares de pregrado de las titulaciones sanitarias.

En las diversas comunidades autónomas la Administración Sanitaria ha tenido hasta ahora un desigual desarrollo en su política de salud laboral. En general, su grado de desarrollo en los últimos años no ha sido el deseable, salvo excepciones como Asturias y Navarra.

Es necesario reactivar las Unidades de Salud Laboral de las Consejerías y dotarlas de competencias de apoyo y de resolución de los eventuales conflictos que puedan surgir "*entre partes*" ante el diagnóstico de una eventual contingencia laboral. Además deben ejercer una función de vigilancia de la actividad sanitaria que practican los Servicios de Prevención. A este respecto, la reciente Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud incluye en su artículo 11 dedicado a las "Prestaciones de Salud Pública" la promoción y protección de la salud laboral.



## ASPECTOS DE PATOLOGÍA LABORAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

*“Por muy solos que se encuentren médico y paciente en la consulta, en su relación están presentes terceras partes: la sociedad, la familia, el Sistema Sanitario, y en el caso de trabajadores: empresa, Instituto Nacional de la Seguridad Social y Mutuas”.*  
(Zarco Montejo. *Bioética para clínicos*)

### 1. Reconocimiento de la Enfermedad Profesional

En España, como en la mayoría de los países de su entorno, el reconocimiento de la enfermedad profesional se basa en un sistema de lista que define las enfermedades reconocidas y las actividades en los que se está expuesto a contraerlas. Se considera un sistema de lista cerrada (Lezaun M, 2005).

El reconocimiento del subsidio económico por enfermedades profesionales corresponde a la Entidad por la que el empresario haya optado para cubrir la contingencia laboral: INSS, MATEPSS o la propia Empresa si está autorizada a colaborar en la gestión de la contingencia laboral (empresa autoaseguradora).

### 2. Notificación de la Enfermedad Profesional

La notificación puede realizarse por diferentes vías:

#### 1. Por un facultativo del Servicio Público de Salud

Puede realizarla el facultativo del Servicio Público de Salud que presta la asistencia al trabajador e identifica la enfermedad profesional si tiene asegurada la contingencia laboral en el INSS, hoy raro, procediendo a cumplimentar el parte de incapacidad temporal por enfermedad profesional.

#### 2. Por un facultativo de una MATEPSS

Si el trabajador está asegurado en una MATEPSS, lo que hoy es la norma, el facultativo del Servicio Público de Salud remitirá el paciente al que diagnostique una patología laboral a la misma para la notifique y haga su seguimiento. En este caso será el facultativo de la Mutua quién cumplimentará el parte de incapacidad temporal por enfermedad profesional.

### 3. Por el facultativo de una Empresa Autoaseguradora.

Si el trabajador pertenece a una Empresa Autorizada por la Seguridad Social a colaborar en la gestión de la contingencia laboral, sus propios servicios médicos pueden notificar y hacer el seguimiento de la enfermedad profesional. En este caso será su facultativo quién cumplimente el parte de incapacidad temporal.

Para reconocer una enfermedad profesional deben darse tres supuestos:

- Que un médico sospeche relación entre la patología y la actividad laboral.
- Que la patología esté incluida en la lista de enfermedades profesionales del RD 1995/1978.
- Que el empresario efectúe la declaración administrativa de enfermedad profesional en el parte específico.

### 2. Por el empresario.

Es la vía de notificación administrativa más frecuente. El empresario, advertido de la enfermedad profesional por un facultativo, cumplimenta el parte oficial de dicha contingencia. El parte administrativo no se ha modificado desde su regulación por el Ministerio de Trabajo en 1973 (Orden Ministerial de 22 de enero de 1973 y Resolución de 6 de marzo de 1973). Entre sus deficiencias cabe señalar que se recogen pocos datos sobre las condiciones de trabajo que causaron la enfermedad, no señala la parte del cuerpo afectada y no está previsto para la codificación de sus campos. Si embargo, el parte es la única fuente de información estadística de enfermedades profesionales de que se dispone en la actualidad ya que genera el registro oficial tal contingencia.

No obstante, el registro vigente de enfermedades profesionales no es un sistema de información y vigilancia, en el sentido del consenso científico capaz de desencadenar las actuaciones de prevención, inspección y control subsiguientes propias de las enfermedades infecciosas de declaración obligatoria. Constituye más bien el registro de daños a la salud *que han sido objeto de notificación* y posterior prestación sanitaria y económica como contingencia laboral derivada de enfermedad profesional.

### 3. Actuación ante una patología laboral no listada como enfermedad profesional

A veces el médico del Servicio Público de Salud que atiende a un trabajador concluye que su patología está causada o agravada por el trabajo.

Si precisa incapacidad temporal será en general atendida y gestionada en una MATEPSS salvo el caso infrecuente de que sea de cobertura por el propio INSS, en cuyo caso la atenderá el propio facultativo requiriendo al trabajador que presente el "*parte de solicitud de asistencia por contingencia laboral*" (modelo 3-AT-19-B) emitido por el empresario.

### Eventuales conflictos.

a) En caso de remitir el paciente a una MATEPSS o Empresa autoaseguradora puede surgir un *conflicto* cuando se trata de notificar como accidente de trabajo una patología no listada como enfermedad profesional o la posible agravación de una patología común por consecuencia del trabajo.



Si persiste la discrepancia entre el facultativo del Servicio Público de Salud y la Entidad colaboradora se remite el trabajador a la Inspección Sanitaria con un informe que señale en que se apoya el diagnóstico de contingencia laboral para que actúe en consecuencia y en su caso se determine el tipo de contingencia. A este respecto, se espera que las futuras Unidades de Salud Laboral desarrollen equipos de apoyo en caso de producirse este tipo de conflictos. En caso de no resolución puede recurrirse a la Jurisdicción Social para que un juez decida sobre el tipo de contingencia con las pruebas periciales aportadas. No hay que olvidar, como ya se ha señalado, que los conceptos de accidente de trabajo, enfermedad profesional, accidente no laboral y enfermedad común son jurídicos, no médicos (Ley General de la Seguridad Social, artículos 115-6-7).

b) También es importante evitar conflictos con el trabajador por la inadecuada interpretación de los conceptos de incapacidad temporal y menoscabo. Así, una patología menoscaba la salud al desviarse de la normalidad (p.e. la miopía es una patología que menoscaba la función visual. No obstante, en función de la actividad laboral el menoscabo originará o no incapacidad para el trabajo.

La incapacidad laboral se relaciona con la cantidad y calidad de actividad laboral afectada por el menoscabo. Es la imposibilidad de realizar una tarea en ciertas condiciones por consecuencia de un menoscabo. Se considera como la distancia entre lo que un trabajador puede hacer y lo que debe hacer. Luego una enfermedad no es causa suficiente para una incapacidad laboral. Hay que recordar que el parte de *baja laboral* no es un certificado de enfermedad, sino de incapacidad.

#### 4. Resumen de actuaciones ante eventual patología laboral

La prestación de asistencia sanitaria a los trabajadores que padecen una patología laboral es casi siempre responsabilidad de una MATEPSS. En consecuencia, el médico del Servicio Público de Salud que detecte una patología laboral debe reconducirla a la MATEPSS para asistencia sanitaria y tramitación de la incapacidad laboral si fuera necesaria.

En caso de discrepancia de criterio sobre el origen laboral de una patología entre facultativos del Servicio Público de Salud y de la MATEPSS procede contactar con la Inspección Sanitaria al objeto de determinar las actuaciones a seguir.

No obstante es conveniente que el facultativo del Servicio Público de Salud realice un informe señalando los factores en que se apoya para establecer la relación entre patología y trabajo y que ha identificado en la historia clínico-laboral.



## SITUACIÓN ACTUAL DE LA CONTINGENCIA LABORAL

### 1. Situación en España

#### Accidente de Trabajo

En el año 2000 la Seguridad Social presupuestó un gasto en prestaciones económicas por contingencia profesional de 335.687 millones de pesetas, unos 2.000 millones de euros, para paliar las consecuencias económicas de la siniestralidad. Sin embargo, para calcular los gastos totales a dicha cantidad habría que añadir los costes de asistencia sanitaria y de gestión administrativa.

La población laboral aumentó entre 1996 y 2000 un 40% y sin embargo los accidentes de trabajo casi se duplicaron. En los últimos 25 años se perdieron 3 vidas al día por accidentes de trabajo. Hasta el año 2000 la siniestralidad laboral alcanzaba más de 2 millones de accidente de trabajo por año, con un leve descenso posterior del 5%, manteniéndose hasta el 2002 el número de accidentes graves y mortales en cifras elevadas por lo que sigue siendo un serio problema. Además hay una convicción de que no se notifican todos los accidentes de trabajo por diversas causas:

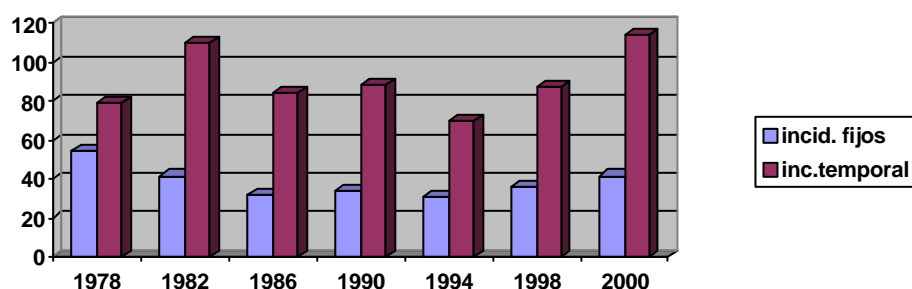
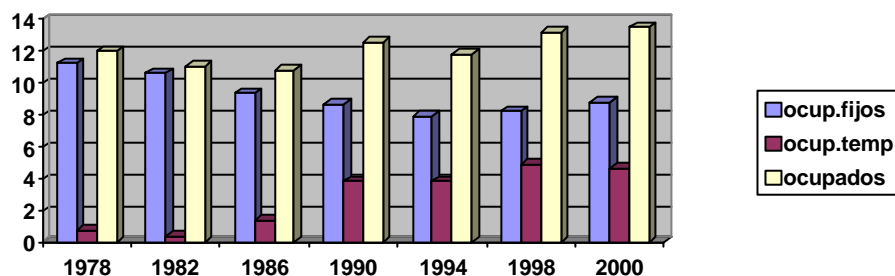
1. Discrepancias en la consideración de accidente de trabajo por los distintos agentes implicados.
2. El aseguramiento civil *bonus-malus* donde en función de las cifras anuales de accidente de trabajo se penalizan las pólizas induciendo al ocultamiento.
3. La externalización productiva cada vez mas generalizada, pues en "empresas de entre 2 y 49 trabajadores, el 42% de las plantillas son ajenas a la empresa y si vemos hasta 250 trabajadores más del 50% es plantilla ajena, es decir que no guarda ninguna relación con el titular del centro de trabajo. Son las contratadas y subcontratadas, ETT, autónomos ("falsos autónomos"), como se extrae del documento *Evolución de la siniestralidad laboral en España 1996-2002*. (UGT. 2004)
4. La maraña administrativa.
5. La variabilidad de declaración por regiones con tendencia a ser mayor en la zona norte que en la sur de España.
6. Escasa información en la cadena productiva, sobre el modo de actuación.

7. Hasta 2003 lo autónomos no tenían posibilidad de asegurar la contingencia laboral, no registrándose sus accidentes de trabajo, y siendo atendidos por los Sistema Público de Salud como patología no laboral. Aún hoy, poco más del 10% de los autónomos han asegurado sus contingencias laborales.
8. Los más de 800.000 trabajadores públicos que están al margen de las estadísticas de siniestralidad al cotizar de forma diferenciada en la contingencia profesional (p.e. MUFACE).

Según la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo ciertos profesionales resultan más afectados:

- Jóvenes
- Recién incorporados a la empresa
- Mayores de 45 años
- De contrato temporal
- Extranjeros o inmigrantes
- Del metal o de la construcción

Los siguientes gráficos reflejan la incidencia anual de accidentes registrados, totales y por tipo de contrato, en el período 1978-2000.

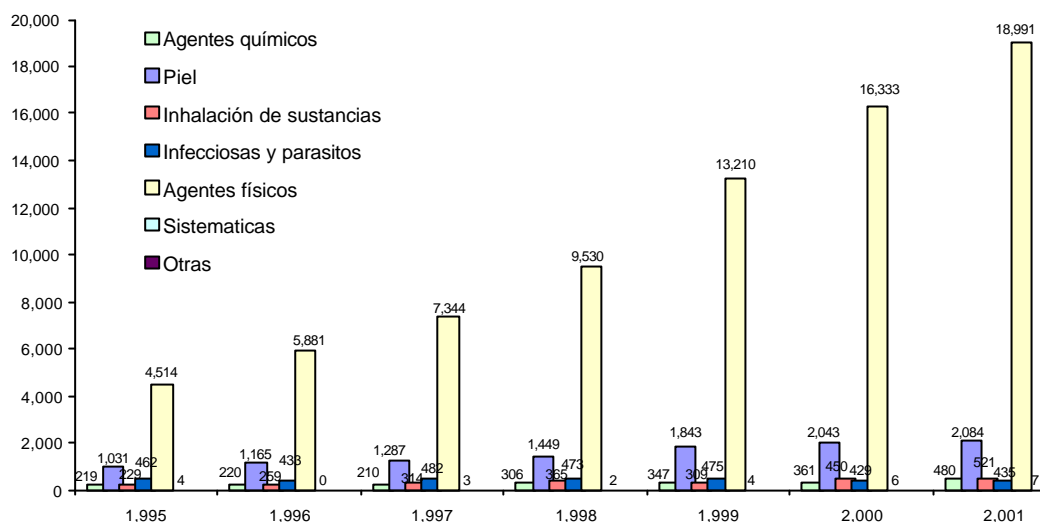


### Enfermedad Profesional

La declaración de enfermedades profesionales en España está mostrando un aumento progresivo pudiendo haber contribuido la sensibilización respecto a las

condiciones del trabajo desde la promulgación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en el año 1995.

A pesar de que se declaran algo más en últimos años hay que tener en cuenta que ha aumentado la población activa en un 40% así como que el punto de partida de los índices de notificación era muy bajo.



(Guillén y cols.. Estudio los daños invisibles 2002)

El análisis de las enfermedades profesionales por sector aún hace sospechar una importante subdeclaración ya que se aprecia poco aumento en la notificación de afecciones de las que se esperaba mayor impacto epidemiológico como patologías por sensibilización, de las vías respiratorias y dermatosis (Guillén et al 2002).

	ENFERMEDADES PROFESIONALES (valores absolutos)			Variación (%)
	CON BAJA	SIN BAJA	TOTAL	
1995	5.837	622	<b>6.459</b>	20,21
1996	6.787	1.171	<b>7.958</b>	23,21
1997	8.385	1.255	<b>9.640</b>	21,14
1998	10.246	1.879	<b>12.125</b>	25,78
1999	13.615	2.573	<b>16.188</b>	33,51
2000	15.461	4.161	<b>19.622</b>	21,21
2001	17.896	4948	<b>22.844</b>	16,42

(Fuente: INSHT)

El comportamiento de la notificación de la enfermedad profesional en España por tipos de patología en el período 1995-2001 se muestra en la tabla anterior. La mayoría de enfermedades profesionales son por agentes físicos (reumatismos laborales) o por lesiones de la piel.

Un estudio retrospectivo sobre las enfermedades profesionales notificadas señala que el 85% se deben a lesiones músculo-esqueléticas. Esto se atribuye a cambios organizativos del trabajo con implantación de ritmos más acelerados con mayor riesgo de fatiga de las vainas tendinosas, sobreesfuerzos por manejo de cargas o posturas forzadas y movimientos repetitivos en los picos de producción. También puede existir un sesgo diagnóstico ya que los facultativos de las MATEPSS tienen conocimientos más amplios en traumatología y rehabilitación que en otras disciplinas médicas (Albertí C, et al 2002).

A la luz de la tabla anterior continúa observándose aunque de forma más moderada la subdeclaración de patología laboral, incluso la de tipo músculo-esquelético, que se trata como contingencia común. Persiste, por otra parte, una declaración muy baja de enfermedades respiratorias, de la sordera profesional y de la patología por agentes químicos. También persiste la escasa declaración del cáncer ocupacional y de alteraciones neurológicas.

Por otro lado, estudios de la tendencia actual de los daños en salud laboral se centran en patologías ansioso-depresivas (estrés, *burnout* y *mobbing*). Las siguientes profesiones son las más afectadas según datos de la Fundación Europea para el Desarrollo de las Condiciones de Trabajo: profesores (64%), camioneros (51%), trabajadores manuales (47%) y sanitarios (44%).

## 2. Situación en Cantabria

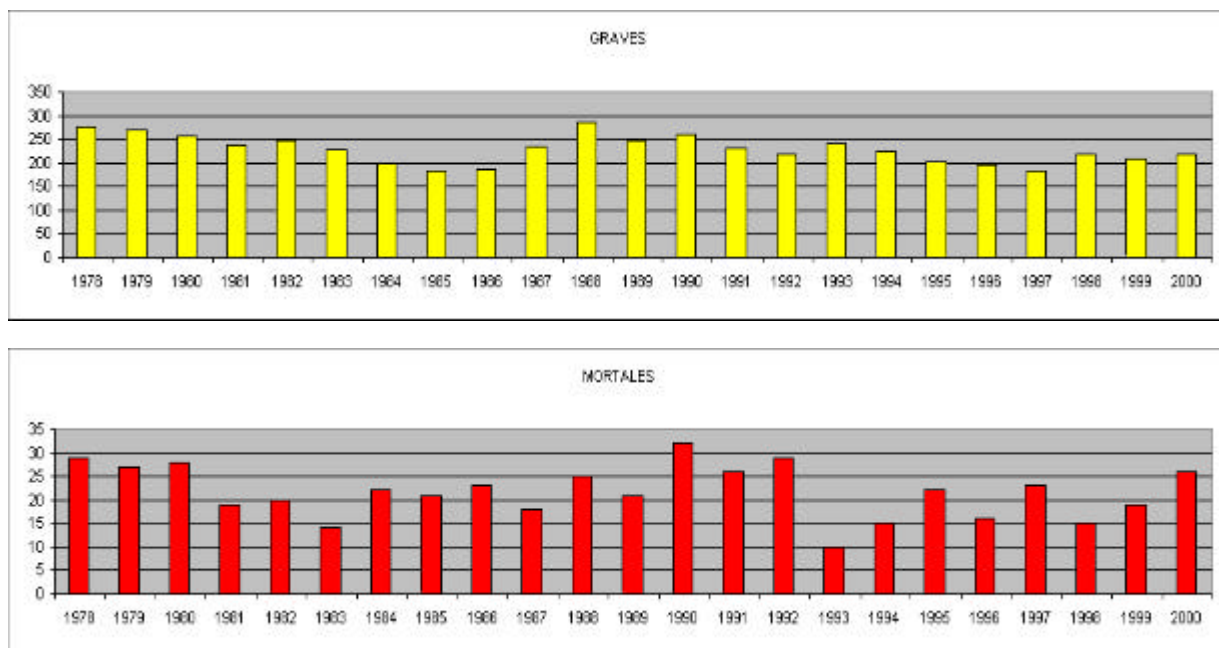
Cantabria con una población activa de 251.307 personas y ocupada de 230.700 en el primer trimestre de 2005, declaró 9.505 accidentes de trabajo y 412 enfermedades profesionales en el año 2004, situándose en comparación con otras CCAA del norte de España entre las de media-baja notificación.

Accidentes de Trabajo (<http://accidentesdetrabajo.iespana.es/>)

Se muestra a continuación un cuadro comparativo sobre la evolución del número y gravedad de los accidentes de trabajo observados en el período 1990-2000.

<b>Cantabria</b>	<b>1990</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
<b>LEVES</b>	8294	8167	7373	6325	6393	6423	6359	7117	8098	9129	10103
<b>GRAVES</b>	259	231	217	240	226	202	197	183	217	208	219
<b>MORTALES</b>	32	26	29	10	15	22	16	23	15	19	26

Los siguientes gráficos muestran la evolución de los accidentes de trabajo graves y mortales en Cantabria en el periodo 1978-2000.



Con fines comparativos con el resto de CCAA de la zona norte y con una comunidad uniprovincial del sur (Murcia) se expone el siguiente cuadro elaborado a partir de datos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Respecto al accidente de trabajo, si se relacionan los accidentes declarados en el 2004 con la población activa y se comparan con las regiones señaladas se observa una declaración de accidentes de trabajo por 100 trabajadores activos algo inferior al resto de comunidades del norte y más semejante a la de Murcia.

ACCIDENTES	Asturias	Cantabria	Navarra	P. Vasco	La Rioja	Murcia
	2001	24.030	10.522	14.794	51.652	6.149
2002	22.309	10.275	13.559	51.266	5.849	26.788
2003	20.723	10.057	12.888	48.912	6.046	24.871
2004	18.775	9.505	12.791	43.793	5.603	23.605

Índice de accidente de trabajo: nº/ trabaj. activos	Asturias	Cantabria	Navarra	P. Vasco	La Rioja	Murcia
2004	4,2%	3,7%	4,4%	4,2%	4,1%	3,9%
Características	<b>Asturias</b>	<b>Cantabria</b>	<b>Navarra</b>	<b>P. Vasco</b>	<b>La Rioja</b>	<b>Murcia</b>
Población activa	448.000	251.307	287.600	1.027.900	136.200	604.900
Población ocupada	397.800	230.700	269.500	946.400	134.600	550.200

## Enfermedad Profesional

Respecto a las enfermedades profesionales en Cantabria en el 2004 se declararon 412 casos destacando con diferencia las de tipo músculo-esquelético (Grupo E del Real Decreto 1995/1978: Enfermedades profesionales por agentes físicos).

Cantabria aporta el 1,2% de los trabajadores de España y notifica el 1,49% del total de enfermedades profesionales. Teniendo en cuenta que Navarra es el referente actual de la mejor notificación de la patología laboral se observa que ésta aporta el 9% de declaraciones de enfermedades profesionales con un 1,4% del total de trabajadores españoles.



En consecuencia, la cifra de enfermedades profesionales notificadas en Cantabria está muy por debajo de la estimada como real por lo que se supone que la mayoría están siendo atendidas en el Servicio Cántabro de Salud como contingencia común. En el curso "Hacer visible la Enfermedad Profesional" de la Universidad de Cantabria, en la ponencia

*"Enfermedades profesionales: Un problema de Salud Pública"* se señalaba:

*"El problema de Salud Pública en Cantabria con respecto a las enfermedades profesionales no son las 412 que se han notificado en el 2004. El problema son las estimaciones realizadas en publicaciones científicas que reflejan una prevalencia de enfermedades de origen laboral de 537 por 10.000 trabajadores, con una mortalidad del 4%. Ambos datos significarían un panorama para Cantabria de 12.029 enfermedades laborales y 220 muertes anuales por esa causa.*

*Con independencia del abismo que existe entre la notificación oficial y las previsiones realizadas a partir de estudios epidemiológicos, nuestra obligación desde la perspectiva de la Salud Pública es trabajar pensando en la situación más desfavorable"* (Fernández I, 2005).

### 3. La repercusión económica de la incapacidad laboral

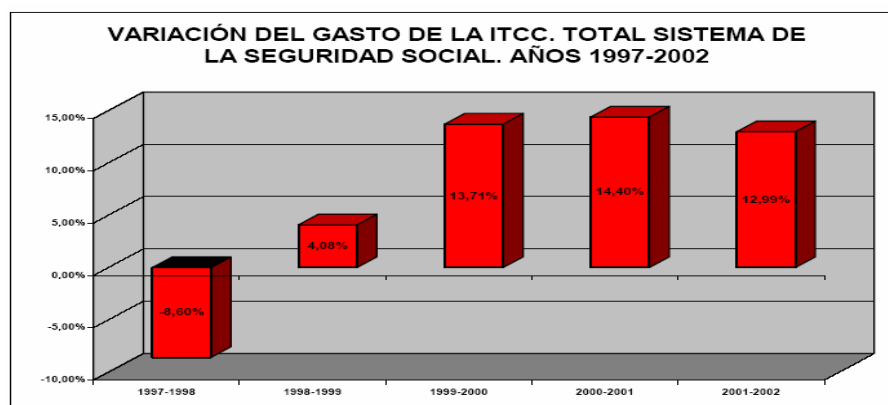
La incapacidad temporal, ya sea por contingencia común o laboral, implica además de la baja laboral y la prestación sanitaria una cobertura económica en sustitución del salario dejado de percibir durante el período de la incapacidad. Se producen de esa forma una serie de importantes consecuencias para varias partes:

-Para el trabajador, que sufre una alteración en su salud que le imposibilita realizar su trabajo viendo reducida su capacidad de ingresos.

-Para la empresa, que con la ausencia del trabajador ve reducidos sus recursos humanos con aumento de los costes laborales. Según una encuesta del Instituto Nacional de Estadística el porcentaje de horas no trabajadas por causa de incapacidad temporal en el primer trimestre de 2004 fue del 35%

-Para el sistema de protección de la Seguridad Social, la incapacidad temporal supone un gasto valorado en los últimos años en más de 3.000 millones de euros, unos 500.000 millones de ptas, y que se presume irá en aumento para la incapacidad temporal común.

Un dato que preocupa es la negativa evolución de la relación entre recaudación y prestación económica. Si se elevara más el gasto de prestación por incapacidad temporal que el de recaudación supondría detraer fondos de otros destinos. Se estima que en los últimos cuatro años ya se han detraído 125 millones de euros por año, unos 22.000 millones de pesetas. También se debe tener en cuenta los costes indirectos por absentismo, estimados en más del doble de los directos, por lo que es fácil apreciar la dimensión que tiene este capítulo para la economía nacional.



### **Incremento del gasto de incapacidad temporal en últimos años**

**Fuente: AMAT. Mutuas y prestación económica por incapacidad temporal por contingencias comunes (Julio 2004)**





## ASPECTOS EN LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

*“Los actos en las consultas, afectan al bien común  
y por tanto a la sociedad,  
por la que ésta interviene también en la toma de decisiones”  
(Gracia D. Fundamentos de Bioética)*

### I. ASPECTOS PRÁCTICOS

#### 1. ¿Contingencia Laboral o Contingencia Común?

a) Respecto al **Accidente de Trabajo** se aplicará con corrección su concepto jurídico (Ley General de la Seguridad Social; artículo 115). Se tendrá en cuenta la aceptación como accidente de trabajo de todo daño que se produzca *“con ocasión o consecuencia”* del trabajo.

Es decir, salvo prueba en contrario, es también accidente de trabajo de presunción la patología aguda sobrevenida en el tiempo de trabajo y lugar de trabajo. Sin embargo, para autónomos con la contingencia laboral asegurada el daño será por relación directa ya que no se incluye el término *“con ocasión”*.

Recordar que no son accidentes de trabajo las lesiones por imprudencia temeraria del trabajador.

b) Para la **Enfermedad Profesional** se remite al lector al capítulo 4 de la primera parte de este manual, donde se trata su concepto jurídico. Recordar que para efectuar el diagnóstico de enfermedad profesional debe estar provocada por exposición laboral a agentes o elementos relacionados en el Cuadro oficial de enfermedades profesionales del Real Decreto 1995/1978 y en las actividades que para cada agente o elemento se relacionan.

Los seis grupos de enfermedades profesionales del Real Decreto 1995/1978 otorgan amplias posibilidades para encajar una patología como enfermedad profesional si se estudian con detenimiento. Además hay que tener en cuenta que el diagnóstico de una patología laboral que está listada como enfermedad

profesional en el Real Decreto 1995 /1978 es de presunción lo que facilita la tarea al no tener que demostrar que la lesión está causada por el trabajo.

Si ya está en incapacidad temporal por contingencia común y se detecta que tiene un origen laboral se remite a Inspección Sanitaria con la información adecuada para que se lo comuniquen a la MATEPSS que corresponda.

Se ha de tener una actitud abierta hacia la detección de la enfermedad profesional dado que el cuadro del RD 1995/1978 es amplio y puede ser aplicado a una variada patología laboral. Se ha atribuido la escasa notificación de enfermedades profesionales a las carencias del cuadro vigente cuando no es así. El cuadro del RD 1995/1978 da suficientes posibilidades para diagnosticar como enfermedades profesionales una amplia patología laboral y lo que se necesita es conocerlo y aplicarlo.

## 2. Alta del trabajador por la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y solicita incapacidad temporal en el Servicio Público de Salud

Caso más frecuente de lo deseable. Si el paciente no está de acuerdo puede reclamar por escrito a la Entidad que dictó el alta. La Inspección Sanitaria, previo conocimiento del caso, emitirá su informe al Instituto Nacional de la Seguridad Social para que decida. Mientras se resuelve el caso, evaluar si precisa incapacidad temporal por contingencia común con juicio clínico claro y evaluación correcta.

## 3. Incapacidad temporal en pluriempleo o pluriactividad

**Pluriempleo** es la situación de un trabajador por cuenta ajena que presta sus servicios profesionales a más de un empresario y en actividades con alta obligatoria en un mismo régimen de la Seguridad Social.

**Pluriactividad** es la situación de un trabajador por cuenta propia y/o ajena cuyas actividades den lugar a su alta obligatoria en más de un régimen del Sistema de Seguridad Social.

En caso de incapacidad temporal por pluriempleo o pluriactividad se emiten tantas partes como empresas para las que trabaje y por el motivo y contingencia que lo cause.

En caso de patología laboral será atendido por la MATEPSS que corresponda a la empresa en la que ocurrió el hecho.

#### 4. Desempleo

*Contributivo.* En caso de incapacidad temporal recibe prestación sanitaria y económica como si estuviera de alta en la Seguridad Social. Si precisa incapacidad temporal se prescribe con el INEM como empresario y la prestación económica es similar a la del desempleo. Si transcurre el período de desempleo y sigue en incapacidad temporal se mantiene en esa situación hasta su resolución.

Caso de incapacidad temporal y finaliza contrato en la empresa sigue incapacidad temporal pero con cuantía de desempleo, con prestación de la entidad gestora.

*No contributivo.* Esta situación no da derecho a incapacidad temporal. Si precisa justificante de enfermedad se emite un informe sobre la dolencia.

#### 5. Embarazo, maternidad e incapacidad temporal

Cualquier proceso incapacitante en la gestación es causa de incapacidad temporal sin otra particularidad. Si estando en incapacidad temporal acaece el parto se da de alta en esa fecha y se inicia el permiso maternal. Si finalizado el permiso maternal persiste incapacitada para el trabajo se reinicia la incapacidad temporal.

El aborto (mortinato y menor de 180 días) es causa de incapacidad temporal. Si nace vivo o la gestación es mayor de 180 días da lugar a una prestación por maternidad de seis semanas obligatorias tras el parto.

En caso de parto múltiple se tiene derecho a un descanso adicional de 2 semanas en su prestación por maternidad.

Si en la gestación fallece la madre, el padre puede hacer uso del derecho de prestación por maternidad.

En caso de adopción hay derecho a permiso por 8 semanas por padre o madre si ambos trabajan.

#### 6. Incapacidad temporal por riesgo durante el embarazo

Cuando la tarea de la embarazada suponga un riesgo para el feto o la propia gestante puede acogerse al derecho de protección con cambio de puesto en la empresa si hubiere tal posibilidad, o pasar a situación de suspensión del contrato con protección del Instituto Nacional de la Seguridad Social con el diagnóstico de "*incapacidad temporal por riesgo para el embarazo*", en tanto la situación de riesgo se mantenga.

Para ejercer este derecho se precisan dos informes médicos: el del médico asistencial del Sistema Nacional de Salud y el de la Entidad gestora Instituto Nacional de la Seguridad Social o colaboradora MATEPSS. La prestación económica en incapacidad temporal es del 75% de la base reguladora.

Conviene tener un conocimiento, aunque fuera somero, de los riesgos laborales más significativos que pueden afectar a la maternidad y a la lactancia.

### 7. Incapacidad temporal y petición de alta voluntaria del trabajador

No debe darse, ya que la incapacidad temporal es por *incapacidad*, no por deseo.

### 8. Vacaciones e incapacidad temporal

Si en período de vacaciones sufre una incapacidad aquel no se interrumpe salvo acuerdo con su Empresa (por ejemplo en convenio colectivo).

### 9. Excedencia voluntaria

No da lugar a incapacidad temporal ya que no se está en activo.

### 10. Desplazado de su domicilio habitual

Tiene derecho a incapacidad temporal. Si retorna a su domicilio ha de ser con el conocimiento del facultativo que la prescribió, quién informará a la Inspección Sanitaria de su zona que a su vez informará a la Inspección que corresponda.

### 11. Solicitud de desplazamiento en incapacidad temporal.

La libertad de residencia y movilidad chocan con la obligación de revisión semanal y entrega de partes de confirmación. Podrá desplazarse siempre que en opinión del facultativo que prescribió la incapacidad temporal no perjudique la recuperación, haya un motivo justificado y con la autorización de la Inspección Sanitaria salvo que tenga un procedimiento diagnóstico o terapéutico.

### 12. Incapacidad temporal a un extranjero.

Si precisa incapacidad temporal, y previa consulta a la Inspección Sanitaria, se le prescribirá la misma si hay suscrito un acuerdo entre España y su país de origen.

### 13. Incapacidad temporal con carácter retroactivo

Se analizará el caso concreto ya que la incapacidad temporal es un documento que acredita incapacidad tras un reconocimiento en la fecha de su emisión. El caso debe estar justificado y acreditado documentalmente (p.e. por ingreso hospitalario). Si se prescribe la incapacidad temporal será con el conocimiento de la Inspección Sanitaria.

### 14. Incapacidad temporal y asistencia sanitaria externa al Servicio Público de Salud.

Si la información requerida y recibida del organismo sanitario externo al Servicio Público de Salud es correcta y suficiente puede prescribirse la incapacidad temporal. No obstante, se debe tener en cuenta que el control de la incapacidad temporal la realiza quién la emite y a través de los informes que requiera del organismo externo. Es conveniente poner el caso en conocimiento de la Inspección Sanitaria si hay dudas sobre el desarrollo del proceso.

### 15. Huelga e incapacidad temporal

Procede la incapacidad temporal con prestación sanitaria pero sin prestación económica mientras dure la huelga y no sea contingencia laboral (accidente de trabajo o enfermedad profesional). Si al finalizar la huelga persiste en incapacidad temporal percibirá también la prestación económica.

### 16. Citación por Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, Instituto Nacional de la Seguridad Social o Servicio Público de Salud estando en incapacidad temporal

Es obligatoria la asistencia a la cita por el trabajador en incapacidad temporal, salvo fuerza mayor acreditada.

### 17. Incapacidad temporal y lista de espera.

Si durante la espera mejora como para reiniciar su actividad laboral se dará el "alta por mejoría". Si antes de seis meses precisa nueva incapacidad temporal para efectuar la prueba o el tratamiento se emite incapacidad temporal por recaída con el mismo diagnóstico.

### 18. Incapacidad temporal con negativa del beneficiario a seguir el tratamiento prescrito.

Puede ser causa de suspensión de la incapacidad temporal si no hay causa justificada.

### 19. Disconformidad con el alta

Ante la negativa del trabajador a recibir el alta se aconseja valorar si hay posible causa clínica y si no esta claro pedir segunda opinión al propio equipo, especialista o Inspección Sanitaria.

Si tras la misma persiste el convencimiento de que debe ser alta laboral se dará la misma con el convencimiento profesional de estar haciendo lo correcto.

### 20. Paciente psiquiátrico que no admite la incapacidad temporal y supone un riesgo para sí mismo o para terceros



Supone una colisión de derechos y hay que intentar convencer al paciente de la necesidad de incapacidad temporal o a través de su familia. Ante negativa se valorará la incapacitación vía judicial.

Si el riesgo es para los compañeros de trabajo en la Empresa (p.e. epilepsia y conductor de grúas o trabajos en alturas) el Servicio de Prevención deberá actuar con base al artículo 25 de la Ley de Prevención 31/1995

recomendado la retirada del trabajador de las funciones del puesto de trabajo.

## II. ASPECTOS ÉTICOS

Borrel (semFYC; 1999) señala algunos aspectos éticos en la gestión la incapacidad temporal:

1. Realizar una escucha activa y no dejarse llevar por prejuicios.
2. Valorar antecedentes personales de demanda de incapacidad (*bajas*).

3. Obtener datos semiológicos mínimos y anotarlos en la historia.
4. Pedir pruebas complementarias poco complejas y rentables para descartar procesos graves que justifiquen la incapacidad temporal.
5. Aprovechar las sesiones clínicas del Equipo para reflexionar sobre la evolución de las incapacidades y obtener el apoyo de los compañeros.
6. Usar la persuasión exponiendo como límite la norma legal en la actuación sanitaria (*persuasión normativa*).
7. Enfocar el tema buscando el beneficio del paciente.
8. En caso de forzar un alta hacerlo de forma asertiva de modo que el paciente identifique al médico como el responsable final de la decisión.

### III. SITUACIONES A EVITAR

Las siguientes circunstancias no deben producirse:

1. Incomunicación con otros agentes implicados en la gestión de la incapacidad temporal como Inspección Sanitaria, médicos de empresas, de Mutuas o del Instituto Nacional de la Seguridad Social.
2. No efectuar el preceptivo reconocimiento previo antes de prescribir la incapacidad temporal dejando constancia del mismo en la Historia Clínica.
3. No solicitar el apoyo y consulta de compañeros del Centro Sanitario.
4. No considerar la posibilidad de que sea patología laboral.
5. Comunicar información sobre un trabajador a terceros no sanitarios, salvo consentimiento expreso del paciente si éste así lo requiere.

### IV. DECÁLOGO EN LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) a través de su Grupo de Trabajo para aspectos clínicos, éticos y de gestión ha propuesto el siguiente decálogo para la gestión de la incapacidad temporal:

1. La gestión de la incapacidad temporal es tan importante como la gestión de la actividad asistencial o farmacéutica dada su elevada repercusión en el conjunto del sistema de protección social.
2. Es prioritario no tener excesos en la duración de la incapacidad temporal y centrarse en los casos de duración excesiva.
3. Disponer de información sobre las causas de demoras exploratorias y terapéuticas, empleando los recursos alternativos disponibles para acelerarlas. Entre éstos pueden incluirse los de las Mutua de Accidentes de

Trabajo y Enfermedades Profesionales si la contingencia común del trabajador esté asegurada en la misma.

4. Establecer pactos de consulta con los Especialistas acordando criterios de derivación y tiempos mínimos de espera.

5. Comunicación frecuente asertiva y clara con otras partes implicadas.

6. Utilizar los recursos informáticos para análisis mensual de los índices de incapacidad temporal. Analizar los casos más conflictivos.

7. Fomentar una colaboración resolutive con los demás agentes y siempre en beneficio de la recuperación temprana del paciente.

8. Contactar con el Inspector Sanitario del Área, colaborando con el mismo y solicitando su apoyo en forma de consultoría si es necesario.

9. Apoyarse en el resto del Equipo, exponiendo en las sesiones los casos conflictivos y solicitando sus opiniones.

10. Procurar la buena gestión de la incapacidad temporal estableciendo canales de colaboración pero manteniendo al tiempo un exquisito cuidado con los datos que afectan a la intimidad y confidencialidad.



## 8

### VIGILANCIA DE LA SALUD LABORAL: DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS

El Servicio de Salud Laboral del Ministerio de Sanidad en su Plan de Acción ha realizado el diagnóstico de la situación actual de la Vigilancia de la Salud Laboral identificando sus carencias y señalando propuestas de mejora que se exponen a continuación para completar lo expuesto hasta aquí.

#### Diagnóstico de la situación actual

1. Insuficiente desarrollo de las políticas de Salud Laboral desde la Administración Sanitaria de las comunidades autónomas a pesar de su evidente necesidad.
2. Mayor presencia de trabajadores autónomos y aumento de la precariedad en el empleo con el consiguiente incremento de la rotación laboral. Por tanto, tienen menos sentido las políticas centradas en los lugares de trabajo (Políticas Laborales) y más las que tutelan la salud de los trabajadores (Políticas de Salud).
3. Un cumplimiento insuficiente de la normativa preventiva, en particular en los apartados referidos a la Vigilancia de la Salud Laboral.
4. Escasos vínculos y cooperación entre las estrategias de Salud Laboral y Salud Pública.
5. Falta información sobre los factores de riesgo a los que están expuestos los trabajadores y las enfermedades que pueden originar.
6. Insuficiente *cultura preventiva* en las empresas que se refleja en no dar suficiente importancia a la vigilancia de la salud, considerándola en ocasiones como una carga y no como un medio para mejorar la Organización.
7. Falta información sobre lo que es la vigilancia de la salud laboral y sus objetivos preventivos. Confusión entre los términos de vigilancia, reconocimientos, actividades de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, actividades asistenciales y preventivas.

8. Profesionales sanitarios de los Sistema Nacional de Salud con formación insuficiente para identificar la patología laboral o con escasa formación continuada en este ámbito.

### Propuestas de mejora

1. Fomentar en los Servicios Públicos de Salud de cada comunidad autónoma la notificación de la patología laboral con el fin de detectar los casos que escapen a la vigilancia de salud laboral que realizan los Servicios de Prevención.



2. Promover acciones formativas en patología laboral de los facultativos de los Servicios Públicos de Salud.

3. Fomentar la creación, en función de las características de cada Administración Sanitaria, de las Unidades de Medicina del Trabajo como órganos de colaboración y apoyo de los profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud

4. Fomentar las funciones específicas encomendadas a la Administración Sanitaria en Salud Laboral en cada comunidad autónoma.

5. En el ámbito europeo se aprobó bajo la Presidencia Española una Resolución del Consejo sobre una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo para el período 2002-2006. Según ésta han de reforzarse por medio de una mayor cooperación los vínculos entre las estrategias comunitarias de salud y seguridad laboral y salud pública.

**COMISIÓN NACIONAL DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO**  
**Propuesta para la declaración de la Enfermedad Profesional**

**SISTEMA SANITARIO**  
 -Servicios de Prevención (UBS)  
 -Servicios médicos de Mutuas  
 -Sistema Nacional de Salud  
 -Medicina pública o privada

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL**

Sin emisión de parte de baja  
 Con incapacidad temporal en trabajador autónomo  
 Diagnosticada tras el cese de la actividad laboral por jubilación, desempleo, etc

No existe un procedimiento para su comunicación a:  
 - Empresa  
 - Entidad Aseguradora  
 - Autoridades Laboral y Sanitaria  
 - Mº de Trabajo y Asuntos Sociales

TRABAJADOR

AUTORIDAD SANITARIA TERRITORIAL

MINISTERIO DE SANIDAD Y C.

AUTORIDAD LABORAL TERRITORIAL

EMPRESARIO

Diagnóstico de enfermedad profesional con emisión de parte de baja por incapacidad temporal

TRABAJADOR

EMPRESARIO  
 (completa el parte de Incapacidad temporal)

ENTIDAD ASEGURADORA (INSS, ISM, MUTUA)  
 (recopilación y grabación de datos)

AUTORIDAD LABORAL TERRITORIAL

AUTORIDAD SANITARIA TERRITORIAL

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES

- D.G. Ordenación Seguridad Social  
 - Sub. D.G. Estadísticas Sociales y Laborales



## **CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN - 4**

### **1. Una empresa**

1. Puede tener asegurada la contingencia laboral en una Mutua
2. Puede optar por tener asegurada la contingencia común en una Mutua
3. Puede optar por ser Autoaseguradora de su contingencia común y laboral
4. Todas son verdaderas

### **2. La competencia de la Administración Sanitaria en Salud Laboral en la CCAA la tiene la:**

1. Inspección Sanitaria
2. UMVI
3. EVI
4. Unidad de Salud Laboral

### **3. La prestación sanitaria por patología laboral casi siempre la realiza hoy:**

1. El Servicio Público de Salud de la CCAA
2. Una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales
3. El INSS
4. Una empresa autoaseguradora

### **4. Dentro de los regímenes especiales de la SS el nº de trabajadores afiliados lo tiene**

1. Régimen Especial Agrario
2. Régimen Especial de Trabajadores Autónomos
3. Régimen Especial de Trabajadores del Mar
4. Régimen Especial de Empleados del Hogar

### **5. A una alteración en la integridad anatómica o en la salud física o mental se denomina**

1. Incapacidad Temporal
2. Menoscabo
3. Contingencia
4. Gran Invalidez

### **6. El organismo que resuelve si procede una Incapacidad Permanente y su grado es**

1. Inspección Sanitaria
2. UVMI
3. EVI
4. Consejería de Sanidad de la CCAA

### **7. El organismo que emite informes sobre la capacidad para el trabajo habitual es**

1. Inspección Sanitaria
2. UVMI
3. EVI
4. Consejería de Sanidad de la CCAA

**8. El Órgano que controla el cumplimiento de la normativa preventiva y de seguridad social es**

1. Inspección de Trabajo
2. Inspección Sanitaria
3. IMSERSO
4. Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

**9. Las patologías que de forma mayoritaria se declaran como enfermedad profesional hoy en España son**

1. Cáncer laboral y reumatismos laborales
2. Intoxicaciones y cataratas radiación infrarroja
3. Hepatitis B y sordera profesional
4. Dermatitis y reumatismos laborales

**10. Una incapacidad parcial requiere al menos un menoscabo para el trabajo del**

1. 11%
2. 22 %
3. 33%
4. 44%

**11. Una incapacidad permanente total es**

1. Una incapacidad total para el trabajo habitual
2. Una incapacidad para todo tipo de trabajo
3. Una incapacidad para todo trabajo y que además precisa auxilio para tareas básicas
4. Una incapacidad que concede el IMSERSO

**12. Una incapacidad temporal**

1. Es un menoscabo
2. Es un certificado de enfermedad
3. Es el reconocimiento de que un menoscabo impide el trabajo habitual
4. Aplica sólo a la enfermedad común

**13. Según el registro oficial de accidentes de trabajo, estos son más frecuentes en**

1. Los más jóvenes
2. Trabajadores de contrato temporal
3. Los recién incorporados a la empresa
4. Todos los anteriores

**14. El tipo de enfermedad profesional declarada con más frecuencia en Cantabria es:**

1. *Reumatismo* laboral
2. Sordera profesional
3. Dermatitis de contacto
4. Mesotelioma pleural

**15. El médico del SCS da la prestación sanitaria en caso enfermedad profesional sólo si**

1. El paciente que atiende tiene asegurada la contingencia laboral en el INSS
2. El paciente que atiende tiene asegurada la contingencia laboral en una MATEPSS
3. El paciente tiene asegurada la contingencia laboral en una Empresa Autoaseguradora
4. En cualquier circunstancia anterior

## **16. Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales**

1. Se crearon por la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900
2. Colaboran en la gestión de la contingencia laboral con el INSS
3. Desde 1994 pueden colaborar en la prestación económica de la contingencia común
4. Todas son ciertas

## **17. Se espera de las Unidades de Salud Laboral de las CCAA**

1. Comprueben las actuaciones sanitarias de los Servicios de Prevención
2. Intervengan en caso de conflicto ante el diagnóstico de una eventual patología laboral
3. Fomenten la formación en patología laboral de facultativos del Servicio Público de Salud
4. Todas son ciertas

## **18. De entre la siguiente patología laboral la que menos se reconoce y notifica es**

1. Asma laboral
2. Alteraciones neurológicas por tóxicos
3. Tendinitis
4. Sordera profesional

## **19. Todas las empresas tienen una forma de colaboración obligada con la Seguridad Social en:**

1. El llamado *pago delegado*
2. Asistencia farmacéutica
3. Pago de prestaciones ortopédicas, si fueran necesarias
4. Es una Enfermedad Profesional recogida en el Grupo D

## **20. Cuando una MATEPSS decide dar un alta laboral por contingencia común lo comunicará**

1. Al facultativo del Sistema Público de Salud a través de la Inspección Sanitaria
2. Al facultativo del Sistema Público de Salud a través de la Inspección de Trabajo
3. Al facultativo del Sistema Público de Salud a través de la Empresa del trabajador
4. A la Unidad de Salud Laboral de la CCAA





**SOLUCIONES A LOS  
CUESTIONARIOS DE AUTOEVALUACIÓN**



## SOLUCION AL CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION - 1

1. 3
2. 4 Ley General de la Seguridad Social 1/1994 art. 115.
3. 2 Una lumbalgia aguda por sobreesfuerzo es una lesión por consecuencia directa del trabajo y no hay dificultad para calificarla como accidente de trabajo (art. 115.1; LGSS 1/1994).
4. 4
5. 3 La Jurisprudencia ha aceptado el infarto en la empresa durante la jornada como accidente de trabajo ya que sucede en el tiempo y en el lugar del trabajo. Sin embargo un infarto al volver del trabajo no sucede en el lugar de trabajo y la Jurisprudencia no lo está aceptando como accidente laboral. Otra cosa son las lesiones traumáticas al ir o volver del trabajo (p.e. accidente de tráfico) que si son accidentes de trabajo (*in itinere*)
6. 2
7. 3
8. 4
9. 2 La patología laboral no listada como enfermedad profesional no queda sin protección. puede notificarse como accidente de trabajo si se prueba la relación con el trabajo (LGSS Art 115.2).
10. 3
11. 1 Aunque es una lista cerrada, en la práctica muchos de sus epígrafes están abiertos a diversos agentes y actividades, en particular el Grupo B y C por lo que a efectos prácticos puede considerarse un sistema de listado mixto con epígrafes bien tasados y otros abiertos.
12. 4 No es una condición imprescindible tener una relación laboral por cuenta ajena para acogerse a la prestación como enfermedad profesional. Desde el RD 1273/2003 también pueden acogerse los trabajadores por cuenta propia (autónomos) de forma voluntaria.
13. 3
14. 4 Desde el RD 1273/2003.
15. 3 Encaja en el epígrafe D3 del RD 1995/1978, y rige el principio de presunción automática.
16. 4 Nunca podrá calificarse como enfermedad profesional puesto que la actividad no está listada en el Grupo D del RD 1995/1978. Si se considera con criterios epidemiológicos que la ha adquirido en el trabajo (p.e. cluster laboral de tres casos en un mes) puede notificarse como Accidente de Trabajo según la LGSS 1/1994 Art, 115.2 (Enf. Relacionada con el Trabajo).
17. 2
18. 4 Encaja en el epígrafe D3 del RD 1995/1978, y rige el principio de presunción automática.
19. 2
20. 3 Se estima entre 4 y 8 veces más el nº real de enfermedades profesionales a la registrada.

## **SOLUCION AL CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION – 2**

- 1. 2** Una lumbalgia aguda por sobreesfuerzo es una lesión por consecuencia directa del trabajo y no hay dificultad para calificarla como accidente de trabajo (art. 115.1; LGSS 1/1994).
- 2. 2** Las lesiones producidas por vibraciones están en el RD 1995/1978 en el grupo E (lesiones por agentes físicos).
- 3. 1** El xilol está listado en el grupo A del RD 1995/1978 (consultar numeral 37 del grupo).
- 4. 3** Las enfermedades por aldehídos están en el grupo A del RD 1995/1978. El formol es una dilución de formaldehído en agua. Esta patología podrá listarse como asma laboral en el epígrafe C6 pero aquí se hace el matiz de asma por sustancias no incluidas en otros apartados.
- 5. 1**
- 6. 2**
- 7. 3** El inicio o agravamiento de una patología en el trabajo y mejoría en fin de semana o vacaciones es un criterio epidemiológico mayor al establecer una presunta relación causal completa o parcial entre trabajo y enfermedad y a considerar en el informe clínico-laboral.
- 8. 4**
- 9. 4**
- 10. 3** En caso de discrepancia será un juez quien sentencie ya que enfermedad profesional y accidente son conceptos jurídicos contenidos en una Ley (LGSS 1/1994).
- 11. 4** Un médico del INSS y un Médico del Servicio Público de Salud de la CCAA.
- 12. 2**
- 13. 3**
- 14. 3** La patología psíquica no está listada como enfermedad profesional y por tanto no rige el principio de presunción automática. Sin embargo, si su origen es laboral puede demostrarse su origen en el trabajo, calificarse como Enfermedad Relacionada con el Trabajo y notificarse como Accidente de Trabajo en base al Art. 115 de la LGSS. En general hay discrepancia entre partes y suele ser un juez quien sentencia la contingencia.
- 15. 2** Rige la presunción automática de enfermedad profesional si el agente causal y la actividad que desarrolla están listados, siempre que el agente causal esté también en las condiciones de trabajo
- 16. 3**
- 17. 2** La quemadura en piel es más propia de la radiación ultravioleta
- 18. 1** La patología laboral en fase crónica puede persistir al evitar el agente causal, como sucede en el asma laboral o dermatitis de manos por contacto prolongado con irritantes.
- 19. 4**
- 20. 4** Los riesgos mecánicos (p.e máquinas, suelos resbaladizos, falta de protección en andamios) produce daños súbitos (atrapamientos, caídas). Los riesgos higiénicos por agentes físicos, químicos y biológicos producen daño (enfermedad) a largo plazo. Cuando la enfermedad esta listada se notifica como profesional y sino como accidente de trabajo.

## SOLUCION AL CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION - 3

1. 1 Las frecuencias auditivas altas son las más afectadas, siendo 4000 Hz la más sensible.
2. 1
3. 3 La alveolitis alérgica o neumonitis por hipersensibilidad no está en la Lista vigente de enfermedades profesionales del RD 1995/1978. Por tanto, si tienen un origen laboral habrá de notificarse como accidente de trabajo y se demuestra la relación laboral (LGSS 115.2).
4. 1 La actividad de pronosupinación repetitiva del brazo contra resistencia es un factor de riesgo de fatiga de las vainas tendinosas de la musculatura extrínseca de la mano que se insertan en epitróclea y epicóndilo del húmero. El riesgo es mayor si la tarea se efectúa con el codo en extensión. Estas patologías encajan en el Grupo E del RD 1995/1978.
5. 4
6. 3 Un episodio agudo consecuencia de la actividad laboral que descompensa una patología crónica por la actividad laboral es accidente de trabajo (LGSS 115.2f).
7. 4
8. 3 La dermatitis de contacto por cromo es muy frecuente entre los obreros de la construcción debido al contenido de dicho agente en la mayoría de los cementos.
9. 1 La asbestosis cursa con fibrosis intersticial, la afectación de pleura es predominante y debe hacer sospechar el diagnóstico. El trabajador puede estar asintomático durante un tiempo y la patología encaja en el Grupo C de enfermedades profesionales del RD 1995/1978.
10. 2
11. 3
12. 2 El cáncer laboral afecta con más frecuencia a pulmón y pleura (75%)
13. 4
14. 3
15. 4 El Grupo B tiene epígrafes muy abiertos. Esto permite que toda dermatopatía de origen laboral, por cualquier agente y en cualquier actividad, sea enfermedad profesional de presunción automática.
16. 3
17. 4
18. 1 La exposición a polvo de madera dura (p.e. roble, haya) se asocia a cáncer de etmoides
19. 3 En el momento de redactar este manual se ha difundido el primer borrador y contiene seis grupos de enfermedades profesionales al igual que el cuadro vigente. En los trabajos se ha tenido en cuenta la Recomendación Europea de unificar el Cuadro de Enfermedades Profesionales en su ámbito geográfico.
20. 4

## SOLUCION AL CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION - 4

1. 4
2. 4
3. 2 La mayoría de trabajadores hoy día tiene la contingencia laboral asegurada en una MATEPSS y es residual la el aseguramiento directo en el INSS. Las empresas de más de 250 trabajadores con personal sanitario propio puede ser autoaseguradoras de la contingencia común y laboral de forma voluntaria.
4. 2
5. 2 Es un concepto médico y jurídico
6. 3 La EVI dependiente de la Dirección Provincial del INSS
7. 2 La UMVI, dependiente del Servicio Público de Salud de la CCAA
8. 1
9. 4
10. 3 Las lesiones permanentes no invalidantes (<33% de menoscabo) de origen laboral reciben una prestación económica por baremo por una sola vez.
11. 1 A diferencia de la Incapacidad Permanente Absoluta, la Incapacidad Permanente Total permite el desarrollo de otros empleos compatible con el menoscabo reconocido.
12. 3 La Incapacidad Temporal no es un certificado de menoscabo, ni de enfermedad.
13. 4
14. 1 Las lesiones músculo-esqueléticas por manejo de cargas, posturas penosas o sostenidas, tareas repetitivas en entornos de insatisfacción laboral son las que más se declaran en Cantabria como Enfermedades Profesionales.
15. 1 La Inspección Sanitaria es interlocutor formal de la MATEPSS con facultativos de SPS.
16. 4
17. 4 Las Unidades de Salud Laboral han tenido hasta ahora desigual desarrollo en las CCAA.
18. 2
19. 1
20. 1

## **NOTAS BIBLIOGRÁFICAS**





## I. PATOLOGÍA LABORAL: CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

- Ares A. El médico de Familia ante las enfermedades profesionales. *Aten Primaria*. 1997; 20: 449-52.
- Cascante JA, Hueto J. Tuberculosis como enfermedad profesional. *An Sist Sanit Navar*. 2005; 28 :107-115.
- Cebollero P, Echegoyen E, Santolaria MA. Asma ocupacional. *An Sist Sanit Navar*. 2005; 28: 51-63.
- Cullen MR, Cherniak MG, Rosentock L. Occupational medicine. *N Engl J Med*. 1990; 332: 594-601, 675-83.
- García-Gómez M. La identificación y registro de enfermedades neurológicas laborales en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Neurol*. 2000; 31(9): 864-73.
- Gil F. *Tratado de Medicina del Trabajo*. Barcelona: Masson; 2005.
- Hagberg M. Work Related Disorders: Neck and arm disorders. *BMJ*. 1996; 313: 419-22.
- Landrigan PJ, Baker DD. The recognition and control of occupational disease. *JAMA*. 1991; 266: 676-80.
- Lax MB, Grant WD, Manetti FA, Klein R Recognizing Occupational Disease. Taking an Effective Occupational History. *Am Fam Physician*. 1998; 15: 935-44.
- Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos laborales. Jefatura de Estado BOE 1995; nº 269, de 10 de noviembre.
- Lezaun M. Intoxicación laboral. *An Sist Sanit Navar*. 2003;26 Suppl 1:265-73
- Lezaun M. Legislación sobre enfermedades profesionales respiratorias. *An Sist Sanit Navar*. 2005; 28:123-34.
- Newman LS. Occupational illness. *N Engl J Med*. 1995; 333: 1128-34.
- Nixon R, Frowen K, Moyle M Occupational dermatoses. *Aust Fam Physician*. 2005; 34:327-33.
- Orpella i Garcia X. Lesiones cutáneas por exposición laboral. *FMC*. 2005; 12(5): 281-92.
- Peate WF. Occupational Skin Disease. *Am Fam Physician*. 2001; 66: 1025-32.
- Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE 1994; nº 154, de 29 de junio.
- Rescalvo F. *Medicina del Trabajo*, 2 vols. Editorial PyCH & Asociados, 2000.
- Snashall D. ABC of Work Related Disorders: Hazards of Work. *BMJ*. 1996; 313: 161-163.
- Whitesell PL, Drage CW. Occupational lung cancer. *Mayo Clin Proc*. 1993; 68: 183-8.
- Youkaim S. Work-Related Asthma. *Am Fam Phys*. 2001; 64: 1839-48.

## II. PATOLOGÍA LABORAL: GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Albertí C, et al. Patrón clínico-epidemiológico de declaración de E.P. Análisis retrospectivo de una población protegida a nivel del estado español, 1997-2000. Revista del INSHT. 2002; 22 (20-27).

AMAT. "Mutuas de accidente de trabajo y la prestación económica de incapacidad temporal por contingencias comunes". 2004. Disponible en: <http://www.amat.es>.

Artieda et al. Diagnóstico de Salud Laboral en Navarra, 1997-1999. INSL. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/insl/doc/Diagnostico99.pdf>

Blasco Mayor A. Concepto, fuentes y alcance del Derecho a la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Gabinete Técnico de Seguridad e Higiene en el Trabajo de la Consejería de Industria. Santander: Gobierno de Cantabria; 1998.

Boix P. Las enfermedades laborales en España: informe de situación. En: Conocer para prevenir. Jornadas Europeas Técnico-Sindicales sobre Enfermedades del Trabajo. Valencia: 1992. L'Eixam FEIS; 53-74

Borrel F. Incapacidad temporal encrucijada, clínica, ética y de gestión. SEMFYC 1999.

Castejón E. El informe Durán: Un análisis global de la problemática de la SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN ESPAÑA. INSHT 2001. Prevención, Trabajo y Salud nº 12. Disponible en: [http://www.mtas.es/insht/revista/revista12\\_01.htm](http://www.mtas.es/insht/revista/revista12_01.htm)

Castejón J. Las condiciones de trabajo y su influencia en la incapacidad temporal por contingencias comunes [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Pompeu y Fabra; 2001.

Calera A, Boix P. Aproximación a los costes laborales en España. ISSTAS-CCOO; 20004.

Cuenca I, Solé D, Robledo F. Actualización en salud Laboral para médicos de Atención Primaria. Salud Laboral (nº publicación 1738) INSALUD.

García AM Gadea R. Estimación de mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España. Arch. Prev Riesgos Labor. 2004; 7 (1) 3-8.

García-Benavides F, Benach J, Moncada S. Working conditions and sickness absence: a complex relation. J. Epidemiol. Community Health. 2001; 55:368.

García Benavides F, Castejón J, Gimeno D, Porta M, Mestres J, Simonet P. Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. Am. J. Ind. Medicine. 2005; 47(2) 176-180.

Guerra G, Borrel F. Aspectos emocionales clínicos y de comunicación relativos a la incapacidad temporal. En: Incapacidad temporal. Encrucijada ética, clínica y de gestión. Barcelona semFYC 1999; 101-108

Fernández, I. Enfermedades profesionales. Un problema de Salud Pública. Curso: Hacer visible la enfermedad profesional: estado de la cuestión y alternativas. Univ. Cantabria Curso de Verano Laredo. Agosto 2005

Kogevinas et al. "Exposición a carcinogénicos laborales en España" Aplicación de base de datos CAREX. Arch. Prev. Riesgos Labor 2000; 3:153-9

OMC Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre ética y deontología de los partes y certificados de incapacidad temporal en AP/AE e Inspección médica Madrid Febrero 2001.

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Libro Blanco sobre Vigilancia de la Salud de los trabajadores para la prevención de R.L MSC. Madrid Diciembre 2003.

Quijano F. La medicina laboral desde la perspectiva de Atención Primaria. Ponencia en Jornadas de la SEMS en el Trabajo. Junio 2002 Santander.

Quijano F. "Incapacidad Temporal/Permanente. Situación actual en España. Cambios y consecuencias". En: Incapacidad Temporal: Encrucijada ética, clínica y de gestión. Barcelona: SEMFYC;1999. p. 6-14. y en Documento nº 12 semFYC Mejoras en la gestión incapacidad temporal Santander 1998 y en Incapacidad temporal: mejoras en la gestión. Atención Primaria 2000; 25. 116-125. Coord.: Borrel F, Quijano F, Ruiz Tellez A, Caldas R, Pérez F, Moya A, Guerra A, Violán C.

Ruiz Téllez A. La gran amenaza, la gran oportunidad. En It encrucijada clínica, ética y de gestión semFyC 1999 (16-56).

Serrat Moré D. Dudas legales en la consulta diaria. Formación acreditada On-line El Médico Sept. 2004; 31-44.

Zarco Montejo J, et al. Gestión de bajas laborales Medicina Clínica Barcelona 2001.11/502

## TEXTOS RECOMENDADOS

Actividades administrativo-legales en Atención Primaria. Duque A, Botija P; Formación acreditada On-line. El Médico Octubre 2004

Curso Interdisciplinario de Medicina Laboral. Fundación Salud y Comunicación. Coordinadores: Salazar LC, Robledo F, CISNAL JM, Guimaraens D y otros

Factores laborales y cáncer. Alonso Gordo JM y Albert Cuñat V. En: Cáncer y medicina de familia. Fundación SEMERGEN. Madrid 2002

Incidencia de cáncer en Asturias. Echevarría M, García A, Alonso R. Arrones L. Consejería de Sanidad. Central de publicaciones Principado de Asturias 13-26 (1989);

Incapacidad temporal encrucijada clínica, ética y de gestión. Coord.: Borrel F; Quijano F, Ruiz Téllez A, Caldas R, Pérez F, Moya A, Guerra G, Violán C, Ed. semFyC 1999. Barcelona

Libro Blanco sobre Vigilancia de la Salud de los trabajadores para la prevención de Riesgos Laborales. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud Madrid Diciembre 2003

Medicina Familiar y práctica ambulatoria Rubinstein A, 2001 Ed. Medica Panamericana Buenos Aires. Cap.1; 1-18

Riesgos medio ambientales y laborales. Aníbal R, en Atención Primaria Conceptos, organización y práctica clínica. Martín Zurro A, Cap.44 Ed Elsevier 2004.

Supuestos prácticos de incapacidad temporal. INSALUD (MSC), 2001.

## SITIOS WEB DE INTERÉS

Estadísticas de accidentes de trabajo: <http://accidentesdetrabajo.iespana.es/>

Cáncer y Salud laboral (Imbernón E): [www.invs.sante.fr/publications](http://www.invs.sante.fr/publications)

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: [www.mtas.es/insht/](http://www.mtas.es/insht/)

Ministerio de Sanidad y Consumo y organismos dependientes: [www.msc.es](http://www.msc.es)









# Patología Laboral



Muchas enfermedades derivadas del trabajo son atendidas en el Servicio Cántabro de Salud por sus médicos especialistas de Atención Primaria y Especializada. La patología laboral es endémica, muy prevalente y con brotes epidémicos. Se estima que un 75% de pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria tienen o han tenido algún tipo de exposición de riesgo en el trabajo y hasta en el 15% su patología tiene un origen laboral. Esta proporción es incluso mayor cuando se trata de patología dermatológica, músculo-esquelética o respiratoria.



La escasa formación en patología laboral en la licenciatura y durante el periodo de residencia limitan el diagnóstico y notificación de las enfermedades originadas en el trabajo, incluso cuando el nexo entre exposición laboral y daño a la salud es fácilmente reconocible.

El médico de Atención Primaria o Especializada tiene un importante papel como centinela en identificar la patología laboral más prevalente y fácil de reconocer evitando su progresión. Además, notificar un caso puede proteger a otros trabajadores expuestos al mismo riesgo al permitir aplicar las medidas preventivas, o por el diagnóstico y terapia precoz de su patología laboral aún incipiente y con frecuencia reversible. Desde la perspectiva de la Salud Pública un paciente con patología laboral es un *caso centinela* que requiere investigar y controlar sus causas. Sin embargo sólo se diagnostica la patología laboral en un porcentaje reducido de casos, y aunque tiene un espectro muy amplio la más prevalente es fácil de identificar manteniendo un mínimo de alerta en la práctica asistencial.

Este Manual se dirige a todos los facultativos, y es de especial interés para los de Atención Primaria ya que en general son los primeros receptores de la patología laboral al ser el primer eslabón de la cadena asistencial. La mayor parte de trabajadores de Cantabria pertenecen a la pequeña y mediana empresa carente de Servicio de Prevención propio con médicos especialistas en Medicina del Trabajo a los que poder consultar, por lo que suelen acudir en primera instancia al médico de Atención Primaria para resolver sus problemas de salud y con frecuencia desconociendo que tienen un origen laboral. En consecuencia, gran parte de la identificación de la patología laboral se perderá a menos que los facultativos mantengan un nivel mínimo de formación y alerta en este ámbito.

1. Según el artículo 10 de la Ley 31/1995 de Prevención y artículo 21 de la Ley 14/1986 General de Sanidad, los Servicios de Prevención colaborarán con los Servicios de Atención Primaria y Especializada en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades relacionadas con el trabajo.