

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA Y
FISIOTERAPIA**

Departamento de Enfermería



**ESTUDIO DE LA VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN
EN MATERIA DE OBLIGACIONES DE LOS
AGENTES LABORALES CON ESPECIAL
REFERENCIA AL D.U.E.**

CRISTINA LOPEZ DIAZ

JUNIO, 2004

DÑA. María Dolores Calvo Sánchez, Profesora Titular del Departamento de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca,

CERTIFICA

Que el trabajo titulado **"Estudio de la Vigilancia y Notificación en materia de Obligaciones sobre los Agentes Laborales, con especial referencia al D.U.E"**, realizado por **Dña. Cristina López Díaz**, bajo esta dirección, reúne a mi juicio todas las condiciones necesarias para optar al **Grado de Salamanca**.

Para que así conste y surta los efectos oportunos, expido la presente en Salamanca a 9 de junio de dos mil cuatro.



A handwritten signature in black ink, appearing to be "M. Calvo", written over the right side of the stamp.

Para mis padres, con amor y admiración.

Con agradecimiento a mi Directora de Grado,
por la oportunidad que me ha brindado,
por su apoyo y motivación
para crecer profesionalmente, y
a la Escuela de Enfermería.
por su servicio.

“LA SALUD ES UN BIEN IRRENUNCIABLE,
Y ESTÁ EN MANOS DE TODOS CONSERVARLA”

INDICE GENERAL

ABREVIATURAS.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
MATERIAL Y MÉTODOS.....	6
RESULTADOS.....	8
1. VIGILANCIA DE LA SALUD.....	9
1.1. Definición.....	13
1.2. Objetivos.....	14
1.3. Legislación.....	15
1.4. Características.....	20
1.5. Procedimientos.....	23
1.6. Resultados.....	32
2. NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL.....	34
2.1. Definición de Enfermedad Profesional.....	35
2.2. Diferencias conceptuales.....	36
2.3. Legislación.....	40
2.4. Proceso de notificación.....	41
2.5. Propuesta de cambio.....	45
2.6. Datos estadísticos.....	50
3. OBLIGACIONES E INFRACCIONES.....	55
3.1. Del empresario.....	56
3.2. Del profesional sanitario.....	59
4. PAPEL DE LA ENFERMERA/O DE EMPRESA.....	72
CONCLUSIONES.....	79
BIBLIOGRAFÍA.....	81
ANEXOS:	
I. Protocolos específicos del servicio de prevención.	
II. Parte oficial de enfermedad profesional.	
III. Resolución del "Síndrome Ardystil".	
IV. Jurisprudencia.	

ABREVIATURAS

- ACISNS** - Acuerdo de la Comisión Interterritorial del SNS.
- AT** - Accidente de Trabajo.
- CEE** - Comunidad Económica Europea.
- CISNS** - Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- EP** - Enfermedad Profesional.
- EVI** - Equipos de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de Seguridad Social.
- ET** - Estatuto de los Trabajadores.
- INSS** - Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- LGS** - Ley General de Sanidad.
- LGSS** - Ley General de Seguridad Social.
- LOPS** - Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
- LPRL** - Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- MATEPSS** - Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional de la Seguridad Social.
- MSC** - Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MTAS** - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- OIT** - Organización Internacional de Trabajo.
- OM** - Orden Ministerial.
- OMS** - Organización Mundial de la Salud.
- RD** - Real Decreto.
- RSP** - Reglamento de Servicios de Prevención.
- TRLGSS** - Texto refundido de la Ley General de Seguridad Social.

INTRODUCCIÓN

El concepto "vigilancia" viene definido en el diccionario de la Real Academia Española como "la acción de velar sobre algo". Si trasladamos este término al ámbito sanitario, que es el que nos ocupa, podemos afirmar que consiste en velar por la salud. Pero dada la magnitud de esta acción, debemos delimitar la población diana (¿A quién va dirigida?), la motivación (¿Por qué?), los objetivos (¿Para qué?), la finalidad (¿qué queremos conseguir?) y el personal responsable de llevar a cabo la vigilancia; debido a que existen intereses diferentes, afectando a la eficacia y efectividad de esta acción, dependiendo de las respuestas que demos a las preguntas planteadas. En el ámbito de la Salud Laboral, debemos llevar a cabo una vigilancia de la salud de la población trabajadora, estudiando la variable trabajo como factor imprescindible para determinar el nivel de salud de esta población, y establecer si existen situaciones que hagan peligrar la salud de nuestro colectivo.

A lo largo del trabajo se estudian cuales deben ser los sujetos, los objetivos, los procedimientos y la finalidad que se plantea la vigilancia de la salud en el ámbito laboral, al amparo de la legislación vigente en España en materia de prevención de riesgos laborales. Esta acción es, por tanto, una medida preventiva de la aparición y desarrollo de enfermedades profesionales (EP) que menos caben el nivel de salubridad de los trabajadores, y será necesaria para determinar en caso de enfermar, si este proceso patológico es causado o no por un condicionante laboral, y en caso afirmativo actuar sobre él. Para ello debemos diferenciar entre los conceptos de EP, accidente de trabajo (AT) y enfermedad derivada del trabajo, debido a que a través de las características de cada una de estas definiciones se desarrolla un proceso de actuación diferente en el medio empresarial; estableciendo así un registro de todas aquellas enfermedades de origen laboral especificadas como enfermedad profesional en la legislación. También la norma determina la

obligatoriedad de esta notificación para el caso de AT y EP, y en este trabajo se estudia cuál debe ser el proceso de notificación para la enfermedad profesional.

Debido a lo comentado anteriormente, estos registros de contingencia profesional permiten conocer la prevalencia e incidencia de enfermedades profesionales y en nuestro caso hemos realizado a través de ellos, un estudio de los últimos tres años en España.

Toda la normativa vigente en materia de prevención de riesgos laborales y otras disposiciones legales, establecen y regulan cuales deben ser los objetivos, los procedimientos y las obligaciones de todos los agentes laborales (empresarios y profesionales de la salud) que participan en la vigilancia y notificación, permitiendo establecer así las responsabilidades de cada uno de ellos, y en caso de incumplimiento, se especifican las infracciones y sanciones de las que podrán ser objeto. Por ello, haremos una mención especial a este apartado y en particular sobre el personal sanitario responsable, donde se desarrolla de manera exhaustiva el papel que la enfermera/o de empresa tiene, mediante sus conocimientos, capacidades y habilidades, en el ámbito laboral.

El interés del tema planteado, viene determinado por los derechos que poseen los trabajadores al amparo de la legislación en materia de prevención de riesgos laborales, que establece como beneficio empresarial el bienestar y salud de los trabajadores, proyectado sobre el ámbito sanitario encargado de velar por el estado de salud de una población sana. Determinándose así, otros campos de actuación, funciones diferentes y complementarias llevadas a cabo por los profesionales de la salud, otorgándoles otro grado de especialización, reconocimiento y consideración a nivel laboral, social y empresarial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización del presente trabajo de investigación comenzamos realizando una revisión bibliográfica utilizando como material: libros, la legislación vigente en el momento, a través de la base de datos de Aranzadi y documentos de Internet que hacen referencia al tema tratado a través de buscadores, www.google.es, introduciendo como “*voces*”:

- “vigilancia de la salud”.
- “enfermedades profesionales”.
- “notificación de enfermedades profesionales”.
- “código internacional de ética de salud laboral”.

La fuente de datos empleada para la estadística de EEPP ha sido el registro de EP declarada en España, proporcionada por el gabinete de Salud Laboral provincial de Salamanca del Ministerio de Trabajo.

El método de estudio utilizado es deductivo y retrospectivo a partir de los artículos recogidos en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y el Reglamento de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales sobre el tema que nos ocupa, relacionándolos con otras leyes promulgadas. Los datos estadísticos se estudian de manera descriptiva mediante porcentajes.

RESULTADOS

1. VIGILANCIA DE LA SALUD

Las enfermedades profesionales (EP) son uno de los principales objetivos de atención de la Medicina del Trabajo tanto desde el punto de vista de la prevención como de la asistencia (1), debido a que el ritmo, la exigencia, las nuevas tecnologías y las distintas formas de organización del trabajo facilitan el desarrollo de trastornos físicos y psicológicos que afectan cada día a más ámbitos profesionales.

En la Constitución Española queda recogido en su Art. 43 el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, siendo desarrollado más tarde para el ámbito laboral, a través de la regulación sobre la vigilancia de la salud.

El Art. 14 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales reconoce el derecho de los trabajadores a la protección eficaz frente a los riesgos laborales, y para ello es necesaria la vigilancia del estado de salud (Art. 22 LPRL)¹, cuyo objetivo es la identificación de los problemas de salud y su evolución en materia preventiva, para poder así establecer una protección eficaz de los trabajadores expuestos a determinados riesgos.

Así mismo, se determina la incidencia y prevalencia de las distintas enfermedades profesionales, y su diagnóstico debe ser notificado al Ministerio de

¹ Art. 22.1 LPRL: "El empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo". Esta vigilancia sólo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador preste su consentimiento. De este carácter voluntario sólo se exceptuarán, previo informe de los representantes de los trabajadores, los supuestos en los que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la Empresa o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad. En todo caso se deberá optar por la realización de aquellos reconocimientos o pruebas que causen las menores molestias al trabajador y que sean proporcionales al riesgo.

Trabajo y Asuntos Sociales según establece la O.M. 22 de enero de 1973² para realizar un tratamiento epidemiológico y estadístico de los datos recogidos.

Poco a poco, se va observando un incremento progresivo en el diagnóstico, declaración, tratamiento y prevención de dichas enfermedades debido a un cambio cultural, aunque legalmente sólo se consideran así las que define la Ley de cada país y para cada Sistema de la Seguridad Social. (2)

Esto favorece, que tanto los profesionales de la salud laboral como los empresarios, tomen conciencia de la importancia de un correcto diagnóstico de EEPP, ya que declarar una enfermedad profesional como enfermedad común hace que no se estudie la causa a nivel del puesto de trabajo y por tanto no se corrija, provocando recaídas frecuentes y evoluciones progresivas que impiden al trabajador el desarrollo correcto de su trabajo, dando lugar a una espiral progresiva de insatisfacción profesional y bajo rendimiento que perjudica tanto a la empresa como al trabajador, (1) donde se hace necesaria la vigilancia de la salud.

La organización Mundial de la Salud (OMS), en 1946 en su carta fundacional, define la salud como "un completo estado de bienestar físico, mental y social del hombre y no solamente la ausencia de enfermedad". Es por tanto, un concepto dinámico y positivo porque responde a la interacción de muchos factores para mantener un equilibrio, y por ello el nivel de salud dependerá tanto de las características propias del individuo, como de las variables relacionadas con el medio en el que el ser humano realiza el conjunto de sus actividades como muestra el cuadro siguiente (4):

² La orden de 22 de Enero de 1973 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, establece la obligación de las empresas de notificar las enfermedades profesionales, produzcan o no baja del trabajador o muerte, cumplimentando el "Parte de Enfermedad", según el modelo del mismo aprobado por la Resolución de 6 de marzo de 1973, de la Dirección General de la Seguridad Social.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SALUD	
Factores individuales	Factores sociales
Edad	La familia
Sexo	El medio social
Constitución física y psíquica	El status económico
Capacidades individuales	El tipo de trabajo

Cualquier influencia de uno de estos factores va a repercutir en el nivel de salud de la persona, donde la variable trabajo constituye una parte importante del medio total en que vive y se desenvuelve el individuo, y por ello la salud dependerá en gran medida de las condiciones de trabajo. (5)

Por este motivo el Comité Mixto OIT-OMS en su recomendación nº 97 de la OIT (1953), definió los objetivos de la salud ocupacional como: “promover, mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de la existencia de los agentes nocivos para la salud; colocar y mantener al trabajador en su empleo acorde con sus aptitudes fisiológicas y psicológicas, y en resumen, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su tarea”. También en la recomendación nº 112 de la OIT se concretan los fines de la salud ocupacional en tres:

- ✓ Asegurar la protección de los trabajadores contra todo riesgo que perjudique a su salud y que pueda resultar de su trabajo o de las condiciones en que éste se efectúa.
- ✓ Hacer posible la adaptación física y mental de los trabajadores y, en particular, su colocación a puestos de trabajo correspondientes a sus aptitudes.

- ✓ Promover y mantener el nivel más elevado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores. (4)

Desde el punto de vista del trabajador, la salud es un bien irrenunciable porque es una necesidad prioritaria en su búsqueda del bienestar; y desde la perspectiva empresarial, la salud de los trabajadores ha de ser un factor primordial en el desarrollo y productividad empresarial, debido a que una deficiencia o ausencia de salud de los trabajadores es la primera causa de absentismo laboral y bajo rendimiento. (4). Como medida de prevención de la pérdida de salud relacionada con el trabajo, encontramos la VIGILANCIA DE LA SALUD, que es uno de los instrumentos que utiliza la Medicina del Trabajo para controlar y hacer el seguimiento de la repercusión de las condiciones de trabajo sobre la población trabajadora. (6)

1.1. DEFINICIÓN DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD

Según la norma UNE 81902 Ex., la vigilancia se define como “el control y seguimiento del estado de salud de los trabajadores, con el fin de detectar signos de enfermedades derivadas del trabajo y tomar medidas para reducir la probabilidad de daños o alteraciones posteriores de la salud”. (7). Es decir, es una recogida de datos sobre los factores de riesgos y del estado de salud de los trabajadores de forma sistemática y continua, para identificar la incidencia y prevalencia de los problemas de salud relacionados con el trabajo, y poder establecer estrategias de prevención, control, investigación y posteriormente evaluar la eficacia de las medidas adoptadas.

Por tanto, la vigilancia de la salud se basa en el estudio del estado de salud de los trabajadores, teniendo en cuenta su puesto de trabajo para evitar que su actividad laboral ocasione daños y alteraciones en la salud de los trabajadores, aportando datos acerca de un problema específico de salud; su análisis, interpretación y utilización en la planificación, implantación y evaluación de los

problemas de salud. Por ello, podemos afirmar que es una técnica complementaria de las correspondientes a las disciplinas de Seguridad, Higiene y Ergonomía/Psicología, actuando, a diferencia de las anteriores y salvo excepciones, cuando ya se ha producido alteraciones en el organismo. Así mismo, no la podemos considerar como un instrumento aislado de prevención, sino que debe integrarse en el plan de prevención global de la empresa. (6)

1.2. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD

Los objetivos deberán responder a la doble dimensión individual y colectiva, cumpliendo los imperativos legales. Así, los **objetivos individuales** tratarán de dar respuesta a los problemas de salud que presenten las personas, por tanto, están relacionados con el sujeto que sufre el reconocimiento médico, pudiendo establecer los siguientes objetivos:

- ✓ Investigación y detección de las causas generales de riesgo, tanto objetivas (Ej. Identificación de toxicidad), como subjetivas (Ej. Identificación de situaciones individuales).
- ✓ Identificar los trabajadores con mayor susceptibilidad a determinados riesgos.
- ✓ Detección precoz de las alteraciones de salud del individuo mediante el control de parámetros fisiológicos y/o psicológicos que indiquen si hay o no desviación del estado de salud.
- ✓ Adaptación de la tarea al trabajador en función de las alteraciones encontradas.

Los **objetivos colectivos** se deben establecer para conocer e interpretar la relación salud-trabajo existente, y son:

- ✓ Valorar el estado de salud de la comunidad trabajadora de la empresa.
- ✓ Aportar datos para la evaluación de la exposición ambiental.
- ✓ Evaluar la eficacia de las medidas preventivas.
- ✓ Intervenir en los planes de educación sanitaria.

- ✓ Aportar datos al conocimiento técnico. (8)

1.3. LEGISLACIÓN SOBRE LA VIGILANCIA DE LA SALUD

La primera normativa con rango de Ley referente a la vigilancia de la salud la encontramos en la *Ley 14 1986 del 25 de abril (Ley General de Sanidad)*, que en su Art. 21 encomienda al servicio público de salud la vigilancia de la salud de los trabajadores, para detectar de forma individualizada los factores de riesgos que puedan afectar a la salud de los mismos. También en el capítulo IV, "De la salud laboral" de dicha ley se especifican las funciones que deberán ser desarrolladas desde el área de salud para actuar sobre la salud de la población trabajadora.

La *Directiva Marco 89 391 CEE* especifica en su Art. 14.1.2.3., la obligación del empresario de garantizar la vigilancia de la salud de los trabajadores y las características de la misma.

El RD 1/1994 del 20 de junio por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social (TRLGSS), se establece, en su Art. 196 y 197, la obligación del empresario de practicar reconocimientos médicos previos a la admisión de los trabajadores que vayan a cubrir puestos de trabajo con riesgos de EP, y a realizar los reconocimientos periódicos que para cada tipo de enfermedad se establezcan en las normas dictadas al efecto. (4)

Posteriormente, las directrices comunitarias de la OIT quedan recogidas en la *Ley 31 1995 del 25 de abril (Ley de Prevención de Riesgos Laborales)*, que formula en el Art. 14 la vigilancia de la salud como un derecho individual del trabajador en materia preventiva, así como también el derecho de información, consulta y participación, formación en materia preventiva y paralización de la

actividad en caso de riesgo grave e inminente³. En el apartado 2, de este mismo artículo, se cita la vigilancia de la salud como medida de prevención que debe aportar la empresa⁴ y el Art. 22 desarrolla de modo específico el contenido de la misma estableciendo las obligaciones del empresario y los trabajadores⁵. También atiende de manera específica a otros colectivos:

- Art. 25: fija condiciones de la empresa con respecto de los trabajadores especialmente sensibles a los riesgos, por su discapacidad reconocida o cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo.
- Art. 26, relativo a la protección de la maternidad, que atiende a los resultados del control del estado de salud, estableciendo la posibilidad de traslado de la mujer embarazada o en parto reciente a puesto compatible con su estado.
- Art. 28 que en su apartado 3 establece que los trabajadores con contrato temporal, duración determinada y contratados por una empresa de trabajo temporal, tienen derecho a la vigilancia de la salud. En este mismo artículo en su apartado 8 se responsabiliza del cumplimiento de esta obligación a la empresa temporal. (4)

Más tarde con el *Real Decreto 39 1997 del 17 de enero* por el que se aprueba el *Reglamento de los Servicios de Prevención*, regula en su Art. 37.3 la vigilancia de

³ Art. 14 LPRL: Derecho a la protección frente a los riesgos laborales. Apart. 1: Los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo. El citado derecho supone la existencia de un correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales. (...) Los derechos de información, consulta y participación, formación en materia preventiva, paralización de la actividad en caso de riesgo grave e inminente y vigilancia de su estado de salud, en los términos previstos en la presente Ley, y forman parte del derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud.

⁴ Art. 14.2 LPRL: En cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados en el trabajo. A estos efectos, (...) el empresario realizará la prevención de riesgos laborales mediante la adopción de cuantas medidas sean necesarias (...) vigilancia de la salud, (...).

⁵ Apéndice Cita 1.

la salud según la LPRL, y los reconocimientos médicos y protocolos específicos para los factores a los que esté sometido el trabajador⁶.

En el siguiente cuadro se muestra de forma gráfica la legislación utilizada en este capítulo.



⁶ Art. 37.3 b) En materia de vigilancia de la salud, la actividad sanitaria deberá abarcar, en las condiciones fijadas por el Art. 22 de la Ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales:

- 1º Una evaluación de la salud de los trabajadores inicial después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud.
- 2º Una evolución de salud de los trabajadores que reanuden el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud, con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales y recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores.
- 3º Una vigilancia de la salud a intervalos periódicos.

c) La vigilancia de la salud estará sometida a protocolos específicos u otros medios existentes con respecto a los factores de riesgo a los que esté sometido el trabajador.

Existe otra normativa específica que complementa a la anterior en materia de vigilancia de la salud. Estas disposiciones específicas fijan la obligatoriedad de los reconocimientos médicos en determinadas actividades donde el trabajador esté expuesto:

- La Orden Ministerial 20 de enero de 1956, que aprueba el Reglamento de Higiene y Seguridad en los trabajos realizados en cajones de aire comprimido.
- La Orden Ministerial de 31 de octubre de 1984, que aprueba el Reglamento sobre trabajos con riesgo de amianto.
- La Orden Ministerial de 9 de abril de 1986, que aprueba el Reglamento para la prevención de riesgos por la presencia de cloruro de vinilo monómero en el ambiente de trabajo.
- La Orden Ministerial de 9 de abril de 1986 por la que se aprueba el Reglamento para la protección de la salud de los trabajadores por la presencia de plomo metálico y sus compuestos iónicos en el ambiente de trabajo.
- RD 1316/1989, de 27 de octubre, relativa a la protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de la exposición al ruido durante el trabajo, que establece la obligación de realizar controles médicos a los trabajadores que ocupen puestos de trabajo en los que el nivel diario equivalente supere 80 dBA.
- RD 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañen riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.
- RD 664/1997 de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. (modificado por la Orden Ministerial del 25 de marzo de 1998)
- RD 665/1997 de 12 de mayo, sobre exposición a agentes cancerígenos en el trabajo.

- RD 488/1997, de 14 de abril, disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización de datos.
- RD 374/2001, de 6 de abril, sobre protección contra los riesgos relacionados con los agentes químicos.
- RD 783/2001 de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento para la protección sanitaria contra radiaciones ionizantes, se establece que la vigilancia sanitaria de los trabajadores expuestos se basará en los principios de la Medicina del Trabajo y en la Ley 31/1995⁷.(6)

Debido a esta normativa hay autores que establecen tres sujetos que participan en la realización de la vigilancia:

1. Deudor de la vigilancia: la obligación exclusiva de esta vigilancia es del empresario, ya que es un deber básico del mismo proteger la salud de los trabajadores frente a posibles daños de origen laboral. (Art.22.1 LPRL)
En el caso de empresas de trabajo temporal, les corresponderá a éstas el cumplimiento de las obligaciones en materia de vigilancia de la salud de sus trabajadores, manteniéndose ajena a esta obligación la empresa usuaria. (Art. 28.5 LPRL)
2. Acreedores de la vigilancia: son los trabajadores, como personas cuya salud es el objeto de la vigilancia, previo consentimiento excepto en los siguientes casos:
 - Cuando exista la necesidad de evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
 - Cuando sea preciso verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para él mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa.

⁷ Se establece en el RD 783/2001 de 6 de julio que los trabajadores expuestos de categoría A) estarán sometidos además, a exámenes de salud periódicos. Se realizarán cada doce meses o más frecuentemente si fuera necesario. A cada trabajador se le abrirá un historial médico, que no será archivado hasta que el trabajador cumpla la edad de 65 años y nunca durante un periodo inferior a 30 años. Se prevé asimismo vigilancia especial para trabajadores expuestos y medidas adicionales de descontaminación y tratamiento terapéutico de urgencia

- Por una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.
3. Agente de la vigilancia de la Salud: el personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditativa. Por ello los servicios de prevención que desarrollen funciones de vigilancia y control de la salud de los trabajadores deberán contar con un médico especialista en Medicina del Trabajo o diplomado de Medicina de Empresa y un ATS/DUE de empresa.(3)

1.4. CARACTERÍSTICAS DE LA VIGILANCIA

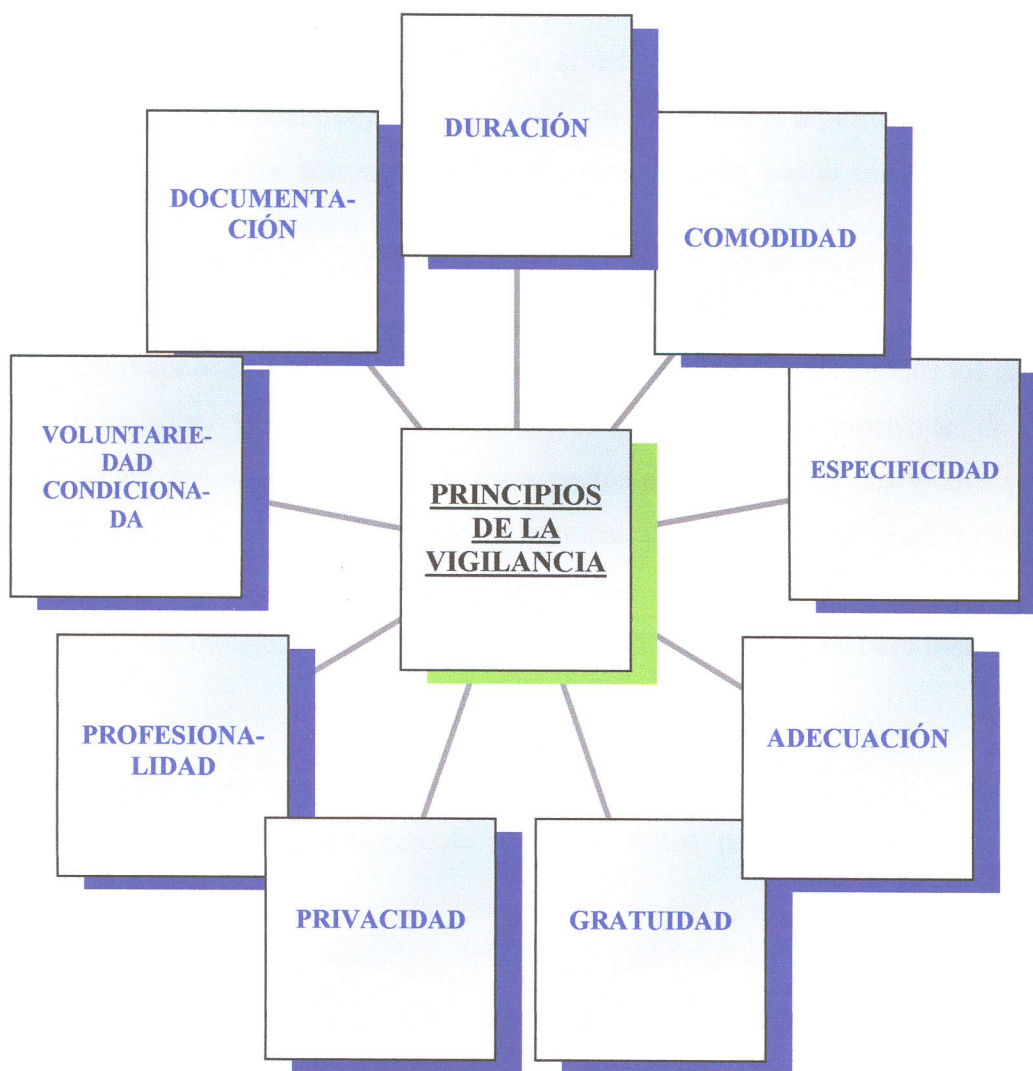
Existen unos principios a los que debe ajustarse el cumplimiento de este deber que hacen referencia a la ley, como recogen algunos autores (3):

- ✓ *Comodidad*: los reconocimientos o pruebas que se realicen deben ser los que causen menores molestias al trabajador. (Art. 22.1 LPRL)
- ✓ *Adecuación*: los reconocimientos o pruebas que se realicen deben ser proporcionales al riesgo cuya prevención estén relacionados. (Art. 22.1 LPRL)
- ✓ *Profesionalidad*: la vigilancia y control se llevarán a cabo por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada. (Art. 22.6 LPRL)
- ✓ *Privacidad*: las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo respetando siempre el derecho de intimidad y dignidad del trabajador y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud. (Art. 22.2 LPRL). Ningún empresario podrá tener conocimiento del contenido concreto de las pruebas médicas o de su resultado sin el consentimiento expreso y fehaciente del trabajador.
- ✓ *Gratuidad*: el coste económico de cualquier medida relativa a la seguridad y salud en el trabajo, y por tanto el derivado de la vigilancia de la salud, no deberá recaer sobre el trabajador. (Art.14.5 LPRL). Una consecuencia

de los anteriores es la realización de los reconocimientos médicos dentro de la jornada laboral o el descuento del tiempo invertido en la misma, y siendo una obligación del empresario, éste deberá soportar los gastos derivados de este deber, como pueden ser los gastos por desplazamiento (Art. 196.2 TRLGSS)

- ✓ *Especificidad*: la vigilancia se realizará en función del o de los riesgos a los que esté sometido el trabajador en el lugar del trabajo. (Art. 37.3c) RSP)(6)
- ✓ *Documentación*: los resultados de los controles del estado de salud deberán estar documentados, así como las conclusiones de los mismos. (Art. 23.1 LPRL) (6)
- ✓ *Duración*: la vigilancia de la salud se prolongará más allá de la finalización de la relación laboral en aquellos casos en los que los efectos sobre los trabajadores así lo aconsejen. (Art. 22.5 LPRL y Art. 37.3e) RSP). Esto es debido a que muchas enfermedades del trabajo muestran sus efectos con posterioridad a la finalización de la relación laboral como en el supuesto del amianto o de la silicosis. Estos exámenes médicos ex post, en los que la naturaleza de los riesgos inherentes al trabajo lo haga necesario, el derecho de los trabajadores a la vigilancia periódica de su estado de salud deberá ser prolongado más allá de la finalización de la relación laboral a través del Sistema Nacional de Salud.(6)
- ✓ *Voluntariedad condicionada*: la LPRL establece como regla general la voluntariedad de la vigilancia de la salud, siendo un derecho del trabajador y un deber del empresario. Este consentimiento se basará en el conocimiento por parte del trabajador del contenido y alcance de la misma. Este carácter voluntario estará condicionado en determinadas circunstancias, que posteriormente analizaremos, transformándose en una obligación del trabajador.

En el siguiente esquema se representan manera simplificada las características de la vigilancia de la salud.



1.5. PROCEDIMIENTOS O PRÁCTICA DE LA VIGILANCIA

B) RECONOCIMIENTOS DE SALUD

Son el principal método para evaluar el estado de salud de los trabajadores debido a que de manera objetiva las alteraciones, molestias o perturbaciones que percibe el trabajador son susceptibles de comprobación por el médico, y estos signos o síntomas permiten el diagnóstico clínico.

Todo reconocimiento de la salud debe constar de un examen de todos los datos del trabajador, tanto personales, como familiares y posteriormente de un reconocimiento en profundidad de los aspectos internos, constantes vitales y de las funciones a través de las pruebas técnicas y funcionales necesarias con el objetivo de realizar un diagnóstico precoz de enfermedades e intoxicaciones derivadas del trabajo, (4) que deberán ser realizados por médico y enfermera.

El reconocimiento médico deberá incluir las siguientes tareas:

1. Anamnesis o recogida de todos los datos personales, hereditarios y familiares.
2. Talla, peso, diámetro torácico y abdominal, capacidad vital y dinamometría.
3. Agudeza auditiva.
4. Permeabilidad nasal.
5. Agudeza visual, con y sin visión estenóptica.
6. Exploración radioscópica de tórax.
7. Auscultación cardiopulmonar.
8. Toma de constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria, antes y después de la prueba de esfuerzo.
9. Examen de la piel y mucosas (amígdalas y faringe).

10. Exploración de adenopatías en cuello, axilas, región supraclavicular e inglés.
11. Examen de puntas herniarias en región inguinal.
12. Palpación de abdomen, fosas lumbares e investigación de hernias epigástricas y umbilicales.
13. Movimientos articulares activos y pasivos.
14. Estudio de los reflejos.
15. Análisis de sangre y orina.

Los exámenes de la vigilancia deben realizarse en los siguientes casos según Art. 22 LPRL⁸, Art. 37.3 RSP⁹ y Art. 196.1 LGSS:

1. EXÁMENES INICIALES A LA ADMISIÓN DEL TRABAJADOR

Tiene un carácter de obligatoriedad, ya que todas las empresas que tengan que cubrir puestos de trabajo con riesgos de EP están obligadas a practicar un reconocimiento médico previo a la admisión de los trabajadores que tengan que ocupar dichos puestos. (Art. 196.1 LGSS)

El resultado del reconocimiento es vinculante, ya que las empresas no podrán contratar a los trabajadores que no hayan sido aptos para desempeñar esos puestos. (Art. 196.3 LGSS)

El objetivo de estos reconocimientos es relacionar las condiciones físicas y psicológicas del trabajador con las condiciones objetivas del puesto de trabajo al que va a ser destinado, es decir, para adecuar el puesto a la persona y evitar daños a la salud y a la seguridad del trabajador y sus compañeros. Para ello es necesario que el servicio médico propio o ajeno de la empresa tenga conocimientos de los riesgos existentes y el plan de medidas preventivas establecidas para poder determinar la aptitud específica del trabajador.

⁸ Apéndice Cita 1.

⁹ Apéndice Cita 6

Para aquellos puestos que no tengan peligrosidad o no estén incluidos en el Anexo I de la Ley, los exámenes de salud serán posteriores a la incorporación del puesto de trabajo, y en este supuesto, la falta de sometimiento del trabajador al reconocimiento médico, da lugar a la extinción del contrato por dimensión del trabajador si está recogido en convenio colectivo como muestra la jurisprudencia¹⁰. Se encuentra justificada esta evolución médica para contrastar si el trabajador posee las condiciones físicas necesarias para el trabajo objeto del contrato, pero también para establecer las condiciones físicas en las que se encontraba el trabajador al iniciar su prestación de servicios. De esta manera, se podrá determinar, en posteriores reconocimientos médicos, si la salud del individuo se ha deteriorado, y en que medida lo ha hecho.(9)

2. EXÁMENES AL CAMBIO DE PUESTO

Se realizarán después de la asignación de otras tareas que conlleven nuevos riesgos para la salud.

3. EVALUACIÓN TRAS UNA AUSENCIA PROLONGADA POR MOTIVOS DE SALUD

Se realizan para evaluar el estado de salud y recomendar una acción apropiada, si fuera necesario, con el fin de proteger a los trabajadores. En el RSP en su Art. 37.3b), se menciona este supuesto que no aparece en la LPRL, con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales y recomendar una acción adecuada para proteger a los trabajadores. Después de este reconocimiento médico, el trabajador será sometido con carácter general a los reconocimientos periódicos regulados en la LPRL. (9)

¹⁰ Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 7 de enero de 1978. (AS 1998/5074).

4. VIGILANCIA PERIÓDICA PROPIAMENTE DICHA

Será voluntaria, excepto los casos en los que pueda ser obligatoria su periodicidad a intervalos diversos (anuales, semestrales o inferiores), atendiendo a los factores específicos:

- Condiciones físicas o psicológicas del trabajador.
- Naturaleza de los trabajos.
- Riesgos específicos del puesto de trabajo.

La LPRL en su Art. 22.1, establece que la vigilancia del estado de salud del trabajador deberá tener un carácter periódico, sin determinar su periodicidad, y en este caso se debe acudir a normas reglamentarias de carácter especial. Así, por ejemplo, en el caso de la protección frente al ruido¹¹, dependiendo de sí en el nivel diario de ruido supera una determinada cantidad, los exámenes médicos deberán ser quincenales, anuales o trianuales; y en el trabajo con cloruro de vinilo¹², se establece una periodicidad anual. (9)

Existirán situaciones que requieran un periodo de observación o control médico permanente para estudiar los síntomas de las enfermedades y su evolución cuando se detecten indicadores de alarma en un primer reconocimiento.

También será necesaria una vigilancia médica permanente en mujeres embarazadas, incluyendo el periodo postparto y climaterio, y en disminuidos físicos o inválidos en proceso de rehabilitación en el trabajo.

El contenido de los exámenes de salud, incluirán en todo caso, una historia clínico-laboral (Art. 37.3 c) RSPRL) que constará de:

- Anamnesis: Antecedentes laborales, clínicos y estado de salud actual.
- Exploración clínica.
- Control biológico y estudios complementarios en función de los riesgos.
- Descripción del puesto de trabajo actual y tiempo de permanencia.

¹¹ RD 1316/1989, de 27 de octubre (Art. 4, 5, 6 y 7).

¹² Orden de 9 de abril de 1986 (Art. 9).

- También se incluirán los datos, si se disponen de ellos, referentes a puestos de trabajo anteriores, sus riesgos y tiempo de permanencia.

EXCEPCIONES DEL CONSENTIMIENTO PREVIO A LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS

En el Art. 22.1 de LPRL se fija que la vigilancia sólo puede llevarse a cabo cuando el trabajador preste su consentimiento salvo determinadas circunstancias que posteriormente analizaremos. Este límite relativo del consentimiento que dicta la ley, marca una norma de conducta social, en la que el respeto a la dignidad e intimidad de la persona humana priva sobre otros derechos, menos cuando existan motivos de interés general expresamente justificados.

Debemos tener en cuenta que el trabajador, en su medio laboral, no lleva acabo su actividad de modo aislado, sino que forma parte de un grupo social que se ve sometido a unas condiciones objetivas ambientales, que ponen en peligro su salud y seguridad, y que obligan a una tutela expresa de los poderes públicos. También el propio trabajador puede ser portador de agentes que afecten al resto de personas que se relacionan con él en el medio laboral. Estos dos motivos expresados anteriormente se recogen en la LPRL como excepciones a la voluntariedad del consentimiento para la realización de exámenes médicos, a pesar del derecho individual del trabajador; siempre previo informe de los representantes de los trabajadores.

Así las excepciones a la voluntariedad del consentimiento recogidas en al Art. 22 LPRL obligan al reconocimiento en los siguientes casos:

1. Cuando exista una *disposición legal* que obligue a los reconocimientos médicos en relación con los riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad. Estas disposiciones legales se recogen en:

- El Art. 196 LGSS, que establece esta obligatoriedad cuando hay un riesgo de enfermedad profesional, y su incumplimiento lleva aparejada la

responsabilidad exclusiva de la empresa en las prestaciones derivadas de las EP. Por tanto, se establece los reconocimientos médicos obligatorios que tengan por objeto el diagnóstico y vigilancia de unas EP concretas y fijadas en el cuadro de enfermedades profesionales derivadas de la actividad laboral de la empresa.

- El Art. 36.4 del ET que establece la evaluación de la salud de los trabajadores nocturnos¹³.
- Toda aquella legislación específica para ciertos factores de riesgos en la que se estipula el tipo de vigilancia de la salud que se ha de efectuar en los trabajadores expuestos. (6)

En este supuesto, no es necesario el informe de los representantes de los trabajadores porque la obligatoriedad legal prevalece sobre cualquier otra opinión.

2. Los supuestos en los que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para *evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores*.

En este caso, es necesario el informe previo de los representantes para que exista una obligatoriedad justificada, y los controles deben orientarse en relación con los riesgos laborales en la empresa y las condiciones personales de adaptación del trabajador al puesto de trabajo.

Aquí se contemplan supuestos no regulados en la anterior excepción, ya que no existe una relación directa con el cuadro de EP.

3. Los supuestos destinados a *verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para él mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa*.

¹³ El Art. 36.4 ET recoge que los trabajadores nocturnos y quienes trabajen a turnos deberán gozar en todo momento de un nivel de protección en materia de salud y seguridad adaptado a la naturaleza de su trabajo, incluyendo unos servicios de protección y prevención apropiados, y equivalentes a los restantes trabajadores de la empresa. El empresario deberá garantizar que los trabajadores que ocupe dispongan de una evaluación gratuita de salud, antes de su afectación a un trabajo nocturno y posteriormente, a intervalos periódicos regulares, en los términos que se establezca en la normativa específica en la materia.

Esta excepción se llevará a cabo en aquellas situaciones que el trabajador sea portador de agentes biológicos que puedan afectar tanto al nivel de salud del propio trabajador como al resto de los compañeros o personas ajenas (4); y surge para hacer efectivo el principio de adecuación del trabajador al trabajo, que se reformula en el Art. 25 LPRL, y que aúna la evolución objetiva (evaluación de riesgos), con la subjetiva (capacidades personales). (6)

TIPOS DE EXÁMENES MÉDICOS	CARÁCTER
1. INICIALES A LA ADMISIÓN DEL TRABAJADOR	OBLIGATORIOS
2. AL CAMIO DE PUESTO	
3. EVALUACIÓN TRAS UNA AUSENCIA PROLONGADA	
4. VIGILANCIA PERIÓDICA	VOLUNTARIOS



B) PROTOCOLOS ESPECÍFICOS

La vigilancia de la salud estará sometida a protocolos específicos con respecto a los factores de riesgo a los que esté expuesto el trabajador. (3). Según el Art. 37.3c¹⁴ del Reglamento de Servicios de Prevención, el MSC y las Comunidades Autónomas se establecerá la periodicidad y los contenidos de cada caso. De acuerdo al RSP, surge en 1998 el Grupo de Trabajo de Salud laboral de la Comisión de Salud Pública para abordar la necesidad de elaborar unas guías y protocolos de vigilancia médica específica para aquellos trabajadores expuestos a riesgos específicos, aprobándose los siguientes:

- Plomo metálico.
- Manipulación manual de cargas.
- Pantallas de visualización de datos.
- Amianto.
- Plaguicidas.
- Cloruro de vinilo monómero.
- Posturas forzadas.
- Movimientos repetidos.
- Neuropatías.
- Asma laboral.
- Ruido.
- Alveolitis alérgica extrínseca.
- Agentes biológicos.
- Agentes anestésicos inhalatorios.
- Silicosis y otras neumoconiosis.

¹⁴ Apéndice Cita 6.

Existen otros pendientes de aprobación: dermatosis laboral, óxido de etileno, citotáticos, y otros se encuentran en fase de elaboración:

- Radiaciones ionizantes.
- Agentes cancerígenos.
- Agentes neurotóxicos.
- Hidrocarburos aromáticos simples: benceno, etilbenceno, tolueno, xileno y estireno.
- Hidrocarburos alifáticos halogenados clorados.
- Metales: níquel y sus compuestos, cromo y sus compuestos, y cadmio.

El objetivo es conseguir un esquema común para los protocolos de vigilancia médica específica y por ello el procedimiento seguido para elaboración y aprobación de los mismos es el siguiente:

- 1) La Comunidad que coordina el protocolo es autónoma para establecer el procedimiento que considere más oportuno para la elaboración del mismo. Hacerlo con recursos propios, crear un grupo de trabajo con expertos, etc.
- 2) Una vez elaborado el primer borrador se remite al pleno del Grupo para su modificación, si procede, y posterior aprobación definitiva.
- 3) Una vez aprobado por el Grupo de Trabajo, se realiza una consulta externa a expertos de reconocido prestigio en el argumento tratado, mediante envío del protocolo elaborado y solicitud de opinión sobre el mismo.
- 4) Una vez incorporadas las sugerencias y propuestas de modificación recibidas de la comunidad científica, si proceden, se realiza la fase de consulta oficial a sociedades científicas.
- 5) Finalmente, se eleva a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) para su aprobación.(10)

Actualmente hay un consenso generalizado respecto a la necesidad de desarrollar protocolos de vigilancia del personal expuesto a determinados riesgos, unificando así la diversidad de criterios existentes y permitiendo la valoración

epidemiológica de amplios grupos de trabajadores. De esta manera, es fácil conocer la incidencia de un factor determinado de riesgo en los trabajadores expuestos al mismo, y poder establecer así la valoración del riesgo y la eficacia de las medidas de prevención. (1). En el Anexo I se incluyen algunos protocolos que se utilizan en el Servicio de Prevención de la Unidad de Salud Laboral del Complejo Hospitalario de Salamanca.

B) OTRAS TÉCNICAS DE VIGILANCIA: INFORMES EPIDEMIOLÓGICOS

Todos los datos obtenidos de la vigilancia nos permiten tener un registro de datos estadísticos sobre accidentes de trabajo, enfermedades detectadas, absentismo laboral por enfermedad, puestos de trabajo con riesgos especiales, etc. A través de ellos podemos elaborar un informe de prevalencia de determinadas patologías causadas por la exposición de un riesgo concreto, y estos informes serán de vital importancia para la empresa pudiendo así seleccionar las medidas de prevención directamente relacionadas con los riesgos que afectan a la salud de cada grupo profesional. (1)

1.6. RESULTADO DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD

La elaboración de las conclusiones y las indicaciones preventivas que se deriven de la vigilancia de la salud, corresponden de manera exclusiva al personal sanitario. (11). El Art. 22.4 LPRL establece que: "el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados con una doble finalidad:

- ✓ Sobre la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo.
- ✓ Sobre la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención.

Debido a que la vigilancia periódica del estado de salud no constituye exclusivamente los reconocimientos médicos, sino que éstos ofrecen unos datos que unidos a los datos objetivos de las condiciones de la actividad laboral a desarrollar por el trabajador, deben ponerse en conocimiento de los técnicos de prevención para corregir o establecer nuevas medidas de prevención. (4). Por tanto, los datos obtenidos de la vigilancia de la salud deben ser compartidos con:

- La empresa, para que esta información sea utilizada para seleccionar las medidas de prevención directamente relacionadas con los riesgos que afectan a la salud de los trabajadores, y decidir sobre la adaptación del trabajo a determinados puestos de trabajo.
- Los representantes de los trabajadores o personas encuadradas en los Servicios de Prevención, que utilizarán la información acompañada de la consulta, en los supuestos de cambio de procesos de trabajo que pudieran tener repercusiones en la salud de los trabajadores, y también del tratamiento individualizado para los trabajadores susceptibles a determinados riesgos o situaciones personales especiales (Ej.: mujeres embarazadas).

En la ley también se especifica que el acceso a la información médica de carácter personal será exclusiva para el personal médico y las autoridades sanitarias, sin que pueda facilitarse al empresario o a otras personas sin el consentimiento expreso del propio trabajador, evitándose así que puedan tener detalles sobre el estado de salud del mismo; y sólo serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados para la finalidad antes mencionada. No sólo se obliga al deber de mantener la confidencialidad al personal médico, sino también a todo el personal sanitario que colabore directamente con él en la realización de los reconocimientos. (4)

2. NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

La atención a la salud de los trabajadores por parte del empresario, como hemos visto en el capítulo anterior, se plantea en el Art. 22 de la LPRL, y tiene su fundamento en los riesgos inherentes al trabajo, conectando directamente con el concepto de enfermedad profesional. Por tanto, el diagnóstico de esta contingencia se basará en un análisis y observación progresiva de los trabajadores empleados, y de ahí la importancia de la vigilancia de la salud, para detectar y determinar la EP.

Desde el punto de la práctica preventiva es necesario hacer distinciones entre los conceptos: EP, AT y enfermedad derivada del trabajo, debido a que las medidas adoptar serán diferentes para cada uno de ellos. (13)

2.1. DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

El **concepto de enfermedad profesional** se determina en el RD 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en su Art. 116: “ se entiende por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en el cuadro de enfermedades profesionales, y que este provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indican para cada enfermedad profesional”. Después de la modificación del Régimen de la Seguridad Social de los trabajadores autónomos a través del RD 1273/2003 de 10 de octubre, en su Art.3.5, se incluye dentro del concepto de EP la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta propia, siempre y cuando estén acogidos al Régimen General de la Seguridad Social.

Todas aquellas enfermedades que no se encuentran incluidas en el cuadro de EP y que el trabajador contraiga con motivo de la realización de su trabajo siendo demostrable la causa laboral, legalmente es considerada como accidente de trabajo. (2)

2.2. DIFERENCIAS CONCEPTUALES de Enfermedad Profesional, Accidente de Trabajo y Enfermedad derivada del Trabajo.

El RD 1/1194 también establece el **concepto de AT** en su Art. 115 como “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que se ejecute por cuenta ajena”. (2). También en el RD 1273/2003, en su Art. 2, se entiende como “accidente de trabajo del trabajador autónomo, el ocurrido como consecuencia directa e inmediata del trabajo que realiza por su propia cuenta”.

La norma UNE 81902 Ex. define el accidente de trabajo como “cualquier suceso no esperado ni deseado que dé lugar a pérdida de salud o lesiones en los trabajadores”. (7)

Según las definiciones de EP y AT podemos establecer las siguientes diferencias entre ambos conceptos:

- ✓ **INICIO:** el accidente de trabajo se manifiesta de forma violenta y brusca, pudiéndose precisar el momento exacto en el que se produce. En cambio, la EP tiene un inicio lento, sin que se pueda precisar el momento del comienzo de la misma.
- ✓ **PRESENTACIÓN:** en la EP existe una relación causa-efecto en aquellos puestos que se tengan riesgos; y su presentación es, por tanto, esperada. En el accidente de trabajo la forma de presentación es inesperada.
- ✓ **MOTIVACIÓN:** Las causas que provocan un accidente laboral son externas al organismo y se presentan de forma aislada y no repetitiva; en el caso de EP las causas también son externas al organismo, pero el agente causante debe penetrar en el organismo para provocar el efecto nocivo.

- ✓ **MANIFESTACIÓN:** para la detección de EP y poder hacer un diagnóstico debemos basarnos en signos y síntomas que a veces pasan desapercibidos ó inducen a confusión con una enfermedad común. En un accidente de trabajo la manifestación es violenta y traumática.
- ✓ **RELACIÓN DE CAUSALIDAD:** esta relación causa-efecto es evidente en accidente de trabajo; en cambio en una EP no siempre suele ser fácil diferenciar esta relación porque las manifestaciones clínicas que se dan son comunes a una enfermedad común.
- ✓ **TRATAMIENTO:** en una EP el tratamiento será médico mientras que en un accidente será quirúrgico.

En el cuadro siguiente se recogen de manera resumida las características diferenciales entre ambos conceptos (2):

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE AT- EP		
	ACCIDENTE DE TRABAJO	ENFERMEDAD PROFESIONAL
INICIACIÓN	Súbita, brusca	Lenta, solapada
PRESENTACIÓN	Inesperada	Esperada
MOTIVACIÓN	Causas externas	Causas internas
MANIFESTACIÓN	Violenta	Solapada
RELACIÓN DE CAUSALIDAD	Fácil	Difícil
TRATAMIENTO	Quirúrgico	Médico

Se entiende por **enfermedad derivada del trabajo** cuando el daño tenga su origen en el trabajo, pero no sea atribuible a una enfermedad tasada como “profesional” en la norma; o aunque, sin tener su causa directa en la actividad laboral, sea agravada por el trabajo. (13). La norma UNE 81902 Ex., también define la enfermedad derivada del trabajo como “el daño o alteración de la salud causada por las condiciones físicas, químicas y biológicas presentes en el ambiente de trabajo”. (7)

Actualmente se vienen considerando como enfermedades representativas derivadas del trabajo cuatro grandes grupos:

- Vías respiratorias: por influencia del medio laboral.
- Vías digestivas: debidas a factores psicológicos y de organización del trabajo (horarios de trabajo: trabajo nocturno).
- Afecciones reumáticas, articulares y musculares: provocadas por las condiciones de trabajo y tipos de tareas.
- Afecciones psiquiátricas: motivadas por tensiones, angustias y frustraciones que derivan en patologías orgánicas. (4)

Algunos autores desglosan esta definición en dos conceptos diferentes (14), y así establecen:

- Enfermedad relacionada con el trabajo, como “toda patología relacionada epidemiológicamente con el trabajo, que no tiene consideración de enfermedad profesional”.
- Enfermedad del trabajo; como “toda patología influida por el trabajo pero no determinada por él”. Entre estas patologías destacamos: la insatisfacción, la monotonía, la desmotivación, los conflictos y los trastornos psicosociológicos. Son enfermedades que no son producidas de manera exclusiva por el trabajo, sino que éste las agrava y por ello debemos tener en cuenta la idiosincrasia del trabajador y las condiciones medio-ambientales, de tal manera que no todos los trabajadores las padecen.

Según estos autores, teniendo en cuenta los daños derivados del trabajo y sus características podemos establecer qué concepto utilizar al clasificar dichos daños y las medidas preventivas que deberíamos adoptar como muestra el siguiente cuadro. (14)

CONDICIONES TRABAJO	1 CONSECUENCIAS PARA LA SALUD	2 EVOLUCIÓN TEMPORAL	3 RELACIÓN CAUSALIDAD CON EL TRABAJO	CONCEPTO	CLASIFICACIÓN
MECÁNICAS	→ TRAUMATISMOS	AGUDA	EVIDENTE	ACCIDENTES DE TRABAJO	PATOLOGÍA LABORAL ESPECÍFICA
FISIICAS	→ ENFERMEDADES BIOFÍSICAS	CRÓNICA	DEMOSTRABLE	ENFERMEDADES PROFESIONALES	PATOLOGÍA LABORAL ESPECÍFICA
QUÍMICAS	→ ENFERMEDADES BIOQUÍMICAS				
BIOLÓGICAS	→ ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS				
PSICO-SOCIOLÓGICAS	→ INSATISFACCIÓN	RELACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	RELACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO	PATOLOGÍA LABORAL INESPECÍFICA
	→ MONOTONÍA				
	→ DESMOTIVACIÓN				
	→ CONFLICTOS				
	→ TRANSTORNOS MENTALES Y PSICOSOMÁTICOS	INFLUENCIA	INFLUENCIA	ENFERMEDADES DEL TRABAJO	

- 1 PREVENCIÓN PRIMARIA: SEGURIDAD LABORAL, HIGIENE INDUSTRIAL Y ERGONOMÍA.
- 2 PREVENCIÓN SECUNDARIA: VIGILANCIA DE LA SALUD.
- 3 PREVENCIÓN TERCIARIA: MEDICINA ASISTENCIAL Y REHABILITADORA.

Por todo ello, se subraya la importancia de un diagnóstico diferencial, basado en el análisis y observación progresiva del trabajador, es decir, en los reconocimientos médicos iniciales y periódicos para detectar y determinar las enfermedades. Así podemos decir, que el diagnóstico de la enfermedad en el trabajo se basa en la información sobre el tipo de trabajo y cuadro clínico del trabajador, con repuesta fisiológica y psicológica. (13)

Por tanto, las causas derivadas del medio ambiente laboral que producen enfermedades profesionales se pueden agrupar en (2):

- Agresores químicos: polvo, humo, niebla, gases, etc.
- Agresores físicos: ruido, vibraciones, radiaciones, etc.
- Agresores biológicos: virus, bacterias, parásitos, etc.
- Agresores psicológicos y sociales: promoción, horarios, etc.
- Agresores ergonómicos: monotonía, fatiga física o mental, etc.

2.3. LEGISLACIÓN SOBRE ENFERMEDAD PROFESIONAL

En la LPRL, no se habla explícitamente de la enfermedad profesional, aunque la menciona en su Art. 4.3, donde se considera genéricamente como “daños derivados del trabajo” a las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con ocasión del trabajo. Por tanto, incluye sin distinción ni matices las EP, las enfermedades laborales y las lesiones como accidentes (13). A pesar de no existir en dicha Ley la expresión “enfermedad profesional”, se hace referencia a ella de manera implícita junto con el accidente como “daños derivados del trabajo” en el desarrollo de su articulado:

- Art. 4.4: hay riesgo laboral grave o inminente cuando sea probable que se manifieste en un futuro inmediato una exposición a agentes de la que puedan derivarse daños graves para la salud, aún cuando éstos no se materialicen de forma inmediata.
- Art. 16.1: la evaluación de riesgos debe ser revisada con ocasión de los daños para la salud que se haya producido.

- Art. 16.3: el deber de investigar por parte del empresario cuando se haya producido un daño para la salud de los trabajadores.
- Art. 23.3: el empresario está obligado a notificar por escrito a la autoridad laboral los daños para la salud de los trabajadores a su servicio que se hubieran producido con motivo del desarrollo de su trabajo, conforme al procedimiento que se determine reglamentario.
- Art. 36.2.c): los delegados de prevención deben ser informados por el empresario de los daños producidos en la salud de los trabajadores.
- Art. 39.2c): el comité de seguridad y salud tiene la facultad de conocer los daños producidos en la salud o integridad física de los trabajadores, al objeto de valorar las causas y proponer las medidas preventivas oportunas.

2.4. PROCESO DE NOTIFICACIÓN DE EP

Legalmente son enfermedades profesionales, sólo aquellas que así define la Ley para cada país y para cada sistema de la Seguridad Social; siendo diferente en cada país, según la tradición y evolución de los sistemas de Seguridad Social. Esto provoca que una enfermedad profesional pueda ser considerada como tal en un país y en otro no, por lo que la UE ha elaborado una lista europea de enfermedades profesionales (recomendación de la Comisión 90/326 CEE).

En España, siguiendo el criterio de las Recomendaciones de la OIT se elaboró una lista de enfermedades profesionales (RD 1995/78 de 12 de mayo), donde se especifican síndromes y profesiones que han de darse para que se reconozca el carácter de contingencia profesional (2), pero no aplicable al Régimen Agrario(13). Este Real Decreto, que aparece como norma específica, con el título de "Cuadro de Enfermedad Profesional en el sistema de Seguridad Social", clasifica las EP en los siguientes grupos¹⁵:

¹⁵ En cada grupo, a excepción del grupo A), se enumeran las enfermedades profesionales producidas, citándose expresamente un listado de los tipos de trabajo o industrias donde se originan.

GRUPOS	SUBGRUPOS
A) Enfermedad profesional producida por agentes químicos.	Hasta cuarenta y tres grupos de agentes.
B) Enfermedad profesional de la piel causada por sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados.	Dos tipos de enfermedades.
C) Enfermedad profesional provocada por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados.	Seis tipos de enfermedades.
D) Enfermedad profesional infecciosa y parasitaria	Cuatro tipos de enfermedades.
E) Enfermedad producida por agentes físicos	Once tipos de enfermedades agrupados en siete apartados.
F) Enfermedades sistemáticas.	Nueve tipos de enfermedades.

Debemos introducir el “síndrome de Ardystil” o “neumopatía intersticial difusa” en el párrafo A) o en el nº 6 del apartado C), provisionalmente hasta que se produzca una calificación definitiva, debido a que esta enfermedad ha sido catalogada como profesional mediante Resolución de 30 de diciembre de 1993 (BOE de 10 de enero 1994) que reconoce provisionalmente como EP la detectada en industrias del sector de aerografía textil de la Comunidad Valenciana. (13). (Anexo II). A continuación se expone la clasificación del Cuadro de EP vigente en España:

GRUPO A AGENTES QUÍMICOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Plomo y sus compuestos. 2. Mercurio y sus compuestos. 3. Cadmio y sus compuestos. 4. Magnesio y sus compuestos. 5. Cromo y sus compuestos. 6. Níquel y sus compuestos. 7. Berilio (glucinio) y sus compuestos. 8. Talio y sus compuestos. 9. Vanadio y sus compuestos. 10. Fósforo y sus compuestos. 11. Arsénico y sus compuestos. 12. Cloro y sus compuestos. 13. Bromo y sus compuestos. 14. Yodo y sus compuestos. 15. Flúor y sus compuestos. 16. Ácido nítrico. 17. Óxido de azufre. 18. Amoníaco. 19. Anhídrido sulfuroso. 20. Ácido sulfhídrico. 21. Sulfuroso de carbono. 22. Óxido de carbono. 23. Oxiclورو de carbono. 24. Ácido cianhídrico. 25. Cianuros y compuestos. 	<ol style="list-style-type: none"> 26. Hidrocarburos alifáticos saturados o no, cíclicos o no, constituyentes del éter, del petróleo y de la gasolina. 27. Derivados halogenados de los hidrocarburos, alifáticos, saturados o no, cíclicos o no. 28. Alcoholes. 29. Glicoles. 30. Éteres y derivados. 31. Cetonas. 32. Ésteres orgánicos y sus derivados halogenados. 33. Ácidos orgánicos. 34. Aldehídos. 35. Nitroderivados alifáticos. 36. Ésteres de ácido nítrico. 37. Benceno, tolueno, xileno y otros homólogos de benceno. 38. Naftaleno y sus homólogos. 39. Derivados halogenados de los hidrocarburos aromáticos. 40. Fenoles, homólogos y sus derivados halogenados. 41. Aminas (primarias, secundarias, terciarias, heterocíclicas) e hidracinas aromáticas y sus derivados halógenos, fenólicos, nitrosados, nitrados y sulfonados. 42. Poliuretanos (isocianatos). 43. Nitroderivados de los hidrocarburos aromáticos y de los fenoles. 	
GRUPO B EP DE LA PIEL causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados	GRUPO C EP PROVOCADAS POR INHALACIÓN de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados	GRUPO D EP INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cáncer cutáneo y lesiones cutáneas precancerosas debidas al hollín, alquitrán, betún, brea, antraceno, aceites minerales, parafina bruta y a los compuestos, productos y residuos de estas sustancias y a otros factores carcinógenos. 2. Afecciones cutáneas provocadas en el medio profesional por sustancias no consideradas en otros apartados. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neumoconiosis. 2. Afecciones broncopulmonares debidas a polvos o humos de aluminio o de sus compuestos. 3. Afecciones broncopulmonares debidas a los polvos de los metales duros, talco, etc. 4. Afecciones broncopulmonares causadas por los polvos de escorias Thomas. 5. Asma provocada en el medio profesional por sustancias no incluidas en otros apartados. 6. Enfermedades causadas por irritación de las vías aéreas por inhalación o ingestión de polvos, líquidos, gases o vapores. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Helmintiasis, anquilostomiasis duodenal y anguillulosis. 2. Paludismo, amebiasis, tripanosomiasis, dengue, fiebre papataci, fiebre recurrente, fiebre amarilla, peste, leishmaniasis, pian, tifus exantemáticos y otras rickettsiosis. 3. Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales, por sus productos y cadáveres (para el tétanos se incluirán también trabajos con excretas humanas o animales). 4. Enfermedades infecciosas y parasitarias del personal que se ocupa de la prevención asistencias y cuidado de enfermos y en la investigación.

GRUPO E EP PRODUCIDAS POR AGENTES FÍSICOS	GRUPO F ENFERMEDADES SISTEMÁTICAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes. 2. Catarata producida por la energía radiante. 3. Hipoacusia o sordera provocada por el ruido. 4. Enfermedades provocadas por trabajos con aire comprimido. 5. Enfermedades osteoarticulares o agioneuróticas provocadas por vibraciones mecánicas. 6. a) Enfermedades de las bolsas serosas debidas a la presión, celulitis subcutáneas. b) Enfermedades por fatiga de las vainas tendinosas, de los tejidos peritendinosos de las inserciones musculares y tendinosas. c) Lesiones de menisco en las minas y trabajos subterráneos. d) Arrancamiento por fatiga de las apófisis espinosas. e) Parálisis de los nervios debido a la presión. 7. Nistagmus de los mineros. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distrofia, incluyendo la ulceración de la córnea por gases, vapores, polvos y líquidos. 2. Carcinoma primitivo de bronquio o pulmón por asbesto. Mesotelioma pleural y mesotelioma peritoneal debidos a la misma causa. 3. Carcinoma de la membrana mucosa de la nariz, senos nasales, bronquio o pulmón adquirido en industrias donde se fabrica o manipula níquel. 4. Angiosarcoma hepático causado por el cloruro de vinilo. 5. Cáncer del sistema hematopoyético causado por el benceno, carcinoma de piel, bronquio, pulmón o hígado por el arsénico. 6. Neoplasia primaria del tejido epitelial de la vejiga urinaria, pelvis renal o uréter. 7. Cáncer de piel, pulmón, hueso y médula ósea por radiaciones ionizantes. 8. Carcinoma de la mucosa nasal, senos nasales, laringe, bronquio o pulmón causado por el cromo.

En el Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social, el cuadro de EP y listas de trabajos con riesgos de producirla es diferente:

Grupo A): Enfermedades causadas por metales:

- 1) Plomo y sus compuestos.
- 2) Mercurio, sus amalgamas y sus compuestos.
- 3) Manganeso y sus compuestos.

Grupo B): Enfermedades causadas por metaloides:

- 1) Fósforo y sus compuestos.
- 2) Arsénico y sus compuestos.
- 3) Flúor y sus compuestos.
- 4) Ácido sulfhídrico.

Grupo C): Enfermedades causadas por agentes animados:

- 1) Enfermedades transmitidas por animales (carbunco, tétanos, leptospirosis, brucelosis, tularemia, toxoplasmosis, tuberculosis bovina).
- 2) Enfermedades parasitarias (anquilostomiasis, angillulosis, paludismo, etc.)

Grupo D): Enfermedades causadas por agentes físicos:

- 1) Cannabosis y bagazosis.
- 2) Dermatitis profesionales.

La LPRL en su Art. 23.3, establece que el empresario está obligado a notificar por escrito a la autoridad laboral los daños para la salud (accidentes de trabajo, enfermedad profesional) de los trabajadores a su servicio que se hubieran producido con motivo del desarrollo de su trabajo. Anteriormente la orden del 22 de enero de 1973 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, establece la obligación de las empresas de notificar las enfermedades profesionales, produzcan o no la baja del trabajador o su muerte, cumplimentando el "Parte de Enfermedad Profesional", según el modelo del mismo, aprobado por Resolución de 6 de marzo de 1973 de la Dirección General de la Seguridad Social (Anexo III).

El proceso de notificación deberá hacerse dentro de los "tres días" siguientes a la fecha en que se haya emitido el diagnóstico de la EP; debiendo remitir dos ejemplares al INSS o MATEPSS que tenga a su cargo la protección por accidente y enfermedad profesional, se entregará otro al trabajador o familiares, y el cuarto ejemplar se conservará en la empresa como justificante. (15). Actualmente este proceso de notificación no se realiza como para el caso de notificación de accidente de trabajo, el cuál se notifica por un procedimiento electrónico aprobado por la Orden Ministerial 2926/2002 de 19 de noviembre, denominándose coloquialmente "Programa Delta".

2.5. PROPUESTA DE CAMBIO

Como se ha visto en el desarrollo del trabajo, sólo puede ser considerada como enfermedad profesional aquella que se encuentre incluida como tal en el cuadro de EP de 1995/1978 de 12 de mayo. Pero el Art. 115.2 e) de la LGSS se determina como accidente de trabajo a las enfermedades, no incluidas en el ART. 116 de esta misma norma, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la

ejecución del mismo; en el apartado 3 del Art. 115 se especifica que las lesiones constitutivas de AT son aquellas que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo, provocándose así una sobredeclaración de siniestralidad laboral.(16)

Debido a esto, existen numerosas sentencias que determinan una contingencia profesional para aquellas enfermedades que se demuestre que existe esta relación de causalidad con la actividad laboral. En el Anexo IV se recoge jurisprudencia sobre contingencias profesionales catalogadas de AT, que no han podido declararse como EP por no estar incluidas en el Cuadro.

Por ello, estamos totalmente de acuerdo con el Profesor CISNAL en la necesidad de un cambio tanto en conceptos, como en la modificación del cuadro de EP. Entre otras modificaciones de cambio propuestas por Dr. CISNAL, consideramos que afectan al tema que nos ocupa, el concepto de términos como enfermedad profesional, enfermedad relacionada con el trabajo y un listado de EP flexible y abierto que permita la inclusión de patologías que sufra el trabajador en la realización de su actividad laboral. Estas modificaciones deberán hacerse siempre adaptándose a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, aportando tanto el carácter reparador actual como el carácter preventivo que marca la norma.

Así, D. J. M. CISNAL propone como concepto de Enfermedad Profesional:

“la contraída a consecuencia de las condiciones de trabajo ejecutado (por cuenta ajena o propia), en la actividad laboral realizada (¿y por la que se haya cotizado?), que esté provocada por elementos, sustancias utilizadas o condiciones del puesto de trabajo, y que se indiquen en el cuadro de enfermedades profesionales para cada enfermedad”.

Hemos de señalar una premisa para considerar enfermedad profesional: debe haber una exposición al riesgo específico a lo largo del tiempo, ya que la

enfermedad es crónica, y los aspectos agudos corresponden a un accidente de trabajo.

Se incluyen tanto a los “trabajadores por cuenta ajena como propia” debido a la modificación del Régimen de autónomos ya tratado anteriormente, para conocer todos los casos, y poder analizar estadísticamente y epidemiológicamente la relación causa- efecto y poder establecer no sólo un carácter reparador sino también preventivo.

Se especifica “en la actividad laboral realizada”, para tener en cuenta la última actividad específica del trabajador y todas las anteriores, debido al carácter retardado en el tiempo de la aparición de una enfermedad; y se añade “y por la que se haya cotizado”, para evitar el fraude y demostrar la actividad antigua.

“Que esté provocada por elementos o sustancias utilizadas que se indiquen en el cuadro de enfermedad profesional para cada enfermedad”, para establecer una causalidad entre enfermedad, factor de exposición y trabajo.

También se añade “contraída a consecuencia de las condiciones de trabajo ejecutado” y como factor desencadenante las “condiciones del puesto de trabajo”, debido a que hay enfermedades que se producen por las condiciones físicas, ambientales, ergonómicas, etc., y no por sustancias o elementos exclusivamente.

En cuanto al concepto de enfermedad relacionada con el trabajo, el Prof. CISNAL propone el siguiente concepto:

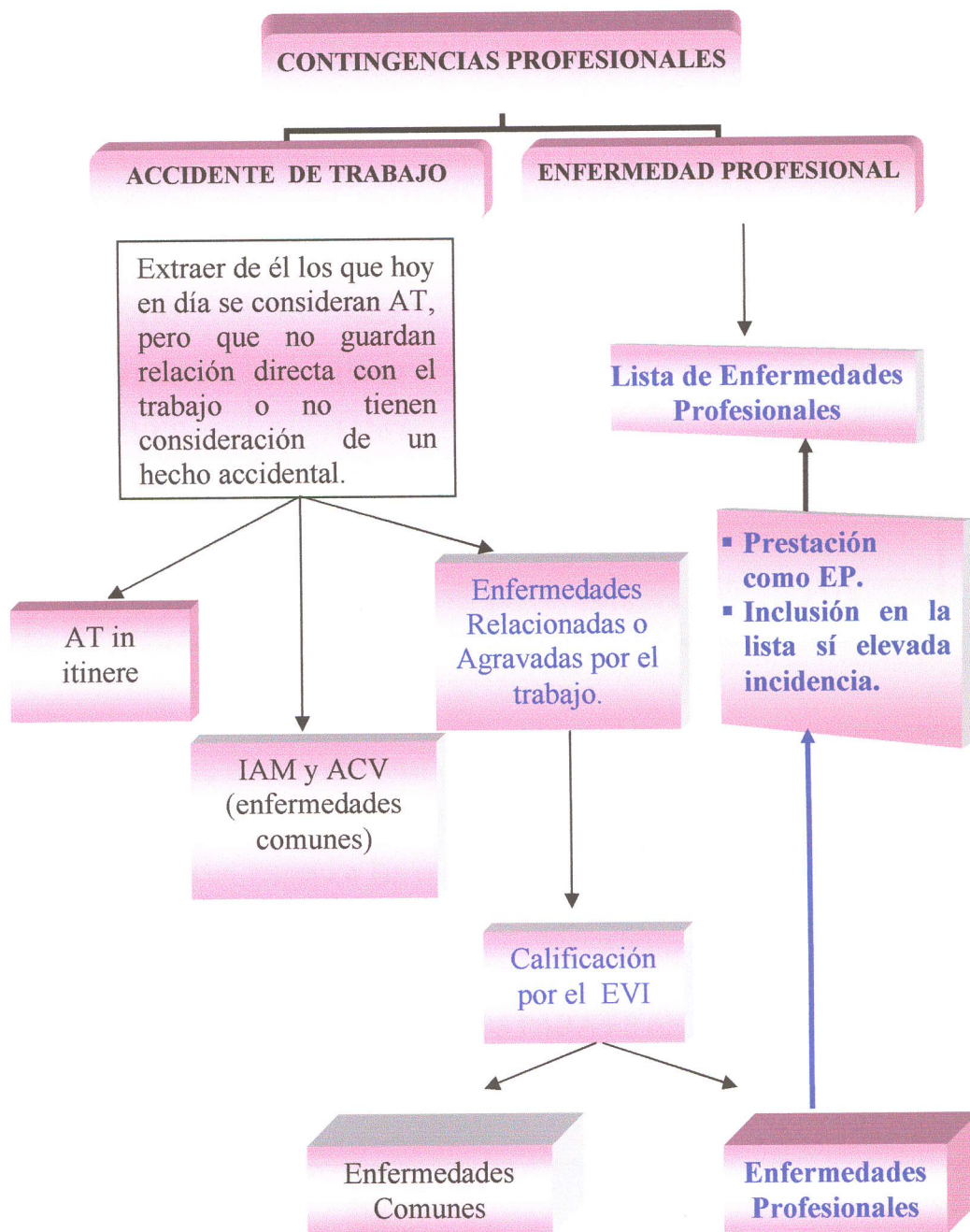
“aquella enfermedad que pudiendo ser causada o agravada por las condiciones de trabajo, no se encuentre incluida específicamente dentro del cuadro de enfermedades profesionales, pero que cumpliendo los requisitos legales y científicos establecidos, pueda ser considerada como tal y ser

agregada a las lista de EP, cuando exista una mayor incidencia debido a las condiciones de trabajo”.

Para la inclusión en el listado de EP será necesario que el médico inicie el trámite de declaración tras un estudio clínico-laboral y proponga la posibilidad de declarar dicha enfermedad como profesional. Serán las unidades médicas del EVI (equipos de valoración de incapacidades), las que determinen la calificación de la contingencia y en aquellos casos que llegue a la calificación de EP, sea incluida en el Grupo de “Enfermedades Relacionadas con el trabajo”, y pueda a su vez ser también incluida en el listado de EP si cumple los requisitos mencionados en el estudio del Prof. CISNAL, tras la propuesta hecha por el EVI a la autoridad competente, quien dictaminará su inclusión o no.

Otra propuesta de cambio, que propone este autor, es sobre el cuadro de enfermedades profesionales, para obtener una lista dinámica que pueda modificarse y actualizarse constantemente en relación con las nuevas actividades laborales y los nuevos conocimientos científicos, estableciendo la posibilidad de incluir las nuevas patologías que se vayan describiendo, cuando cumplan unos requisitos previos que analiza en su libro. Con esta propuesta de cambio, que compartimos plenamente, se ofrece la posibilidad de demostrar que una enfermedad tiene su origen en una causa profesional, y para ello se hace indispensable una vigilancia de la salud específica para la detección precoz de la enfermedad, contribuyendo por tanto a su prevención. (16)

En el siguiente cuadro se estructura el diseño de cambio propuesto por D. J. M. CISNAL para las contingencias profesionales. (16)



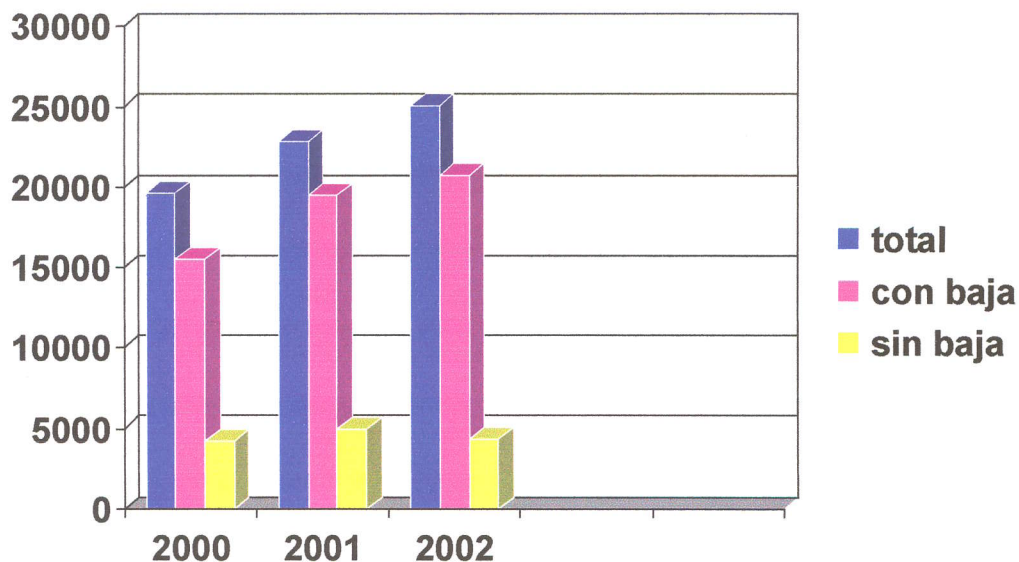
2.6. DATOS ESTADÍSTICOS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL EN ESPAÑA

Se estudian los datos de EP declaradas de los años 2000 a 2002, ambos inclusive, en España y se obtienen los siguientes datos:

AÑOS	2000	2001	2002
TOTAL	19622	22844	25040
LEVES	15267	17725	20568
GRAVES	191	171	152
MORTALES	3	0	2
SIN BAJA	4161	4948	4318

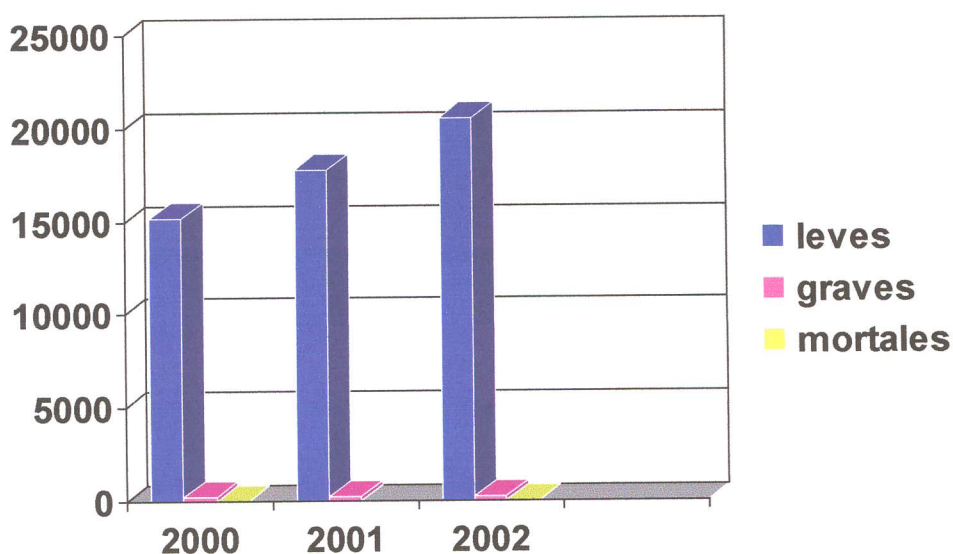
En el gráfico I se muestran el total de enfermedad profesional de los tres años estudiados, observándose un incremento para el año 2001 de 16.4% y para el 2002 de 27.6%, ambos con respecto a las enfermedades profesionales declaradas en el año 2000.

GRÁFICO I: DATOS ESTADÍSTICOS PARA EP EN ESPAÑA.



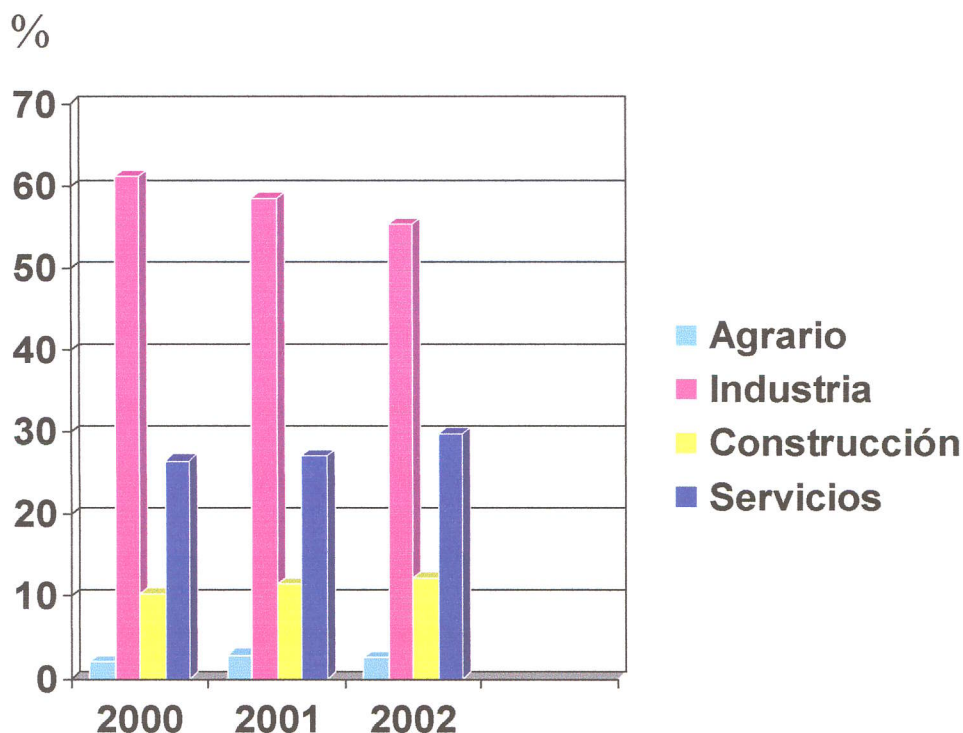
Al desglosar la cifra total de enfermedad profesional que no causan baja y las que sí provocan baja, observamos que estas últimas se van incrementando y las que no provocan baja son similares para todos los años. Si diferenciamos las EP con baja en leves, graves y mortales, encontramos que existen cifras en aumento para las enfermedades leves, siendo similares los datos en mortales y observándose una ausencia de mortales en el año 2001 como muestra el gráfico II.

GRÁFICO II: DATOS DE EP QUE CAUSAN BAJA.



Dentro de todos los casos de EP declaradas por sectores, podemos destacar que las ramas de actividad más afectadas son: servicios, construcción e industria. Existe un ascenso notorio de enfermedad profesional declarada en el sector servicios y también un ligero ascenso en la construcción. En los demás sectores se observa un descenso en 2001 y 2002 con respecto al año 2000 como muestra el gráfico III.

GRÁFICO III: DATOS ESTADÍSTICOS DE EP POR SECTORES.



Dentro del cuadro o listado de enfermedades profesionales, las que más destacan son las del grupo B): enfermedades de la piel producidas por sustancias y agentes no incluidos en otros apartados, las del grupo E): enfermedades profesionales producidas por agentes físicos; menos para las enfermedades mortales que se encuadran en:

GRUPO DE EP	Nº DE CASOS MORTALES
Enfermedades sistemáticas	2
Enfermedades infecciosas y parasitarias (del personal al cuidado de enfermos e investigación)	2
EP por inhalación de sustancias	1

Hemos de destacar un hecho que nos ha llamado poderosamente la atención en los años 2001 y 2002. Existe un último apartado en el cuadro de EP que figura como: "otras" enfermedades profesionales no recogidas en los apartados anteriores y que no están tipificadas en el RD 1995/78 de 12 de mayo, donde se declaran EP sin baja y con baja. No podemos establecer cuál es su causa laboral, por no estar incluida en los datos estadísticos, ni cuales han sido los criterios de inclusión al ser una lista cerrada.

En un estudio detallado por comunidades autónomas de las EP declaradas en esos mismos años, podemos establecer los siguientes porcentajes en la Comunidad de Castilla-León (gráfico IV y V); donde también existe un incremento de las enfermedades profesionales en estos años, y la provincia que más sufre este proceso es León con casi un 51% de EP en el año 2002. Existen otras provincias como Soria, que su porcentaje de EP declarada sufre un descenso, pero aún así es la tercera provincia de la comunidad en casos de enfermedad profesional, siendo la segunda Burgos.

GRÁFICO IV: DATOS ESTADÍSTICOS PARA EP EN CASITILLA-LEÓN

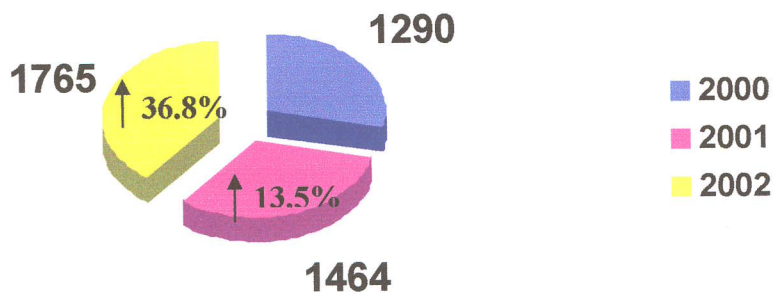
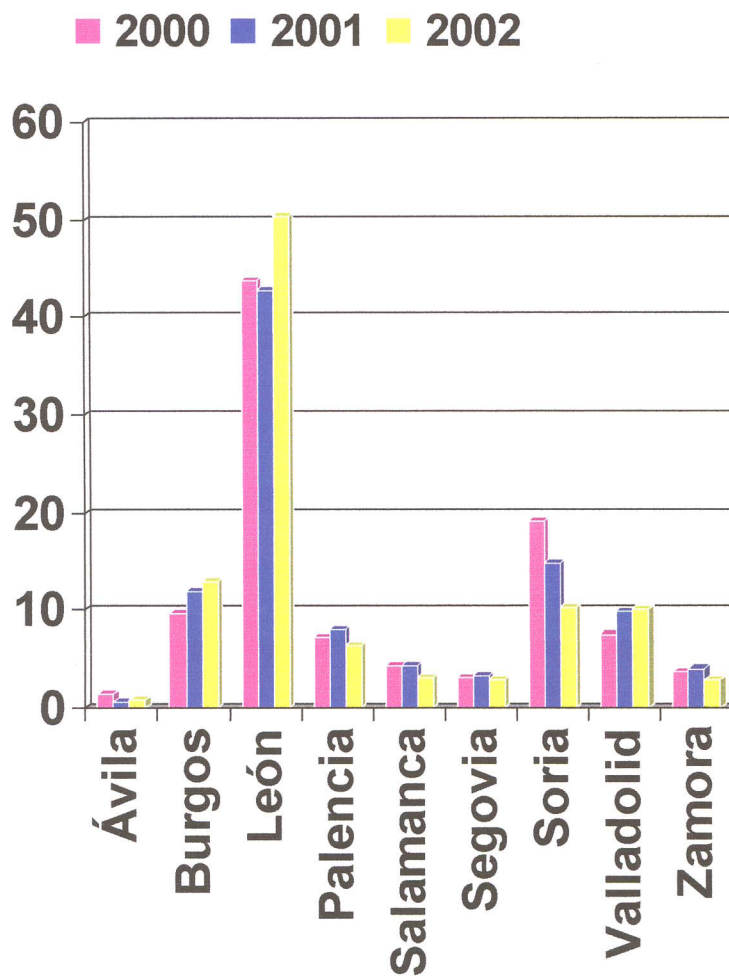


GRÁFICO V: DATOS DE EP POR PROVINCIAS DE CASTILLA-LEÓN



3. OBLIGACIONES E INFRACCIONES

3.1. DEL EMPRESARIO

A) OBLIGACIONES

Las condiciones del deber del empresario sobre el control y la vigilancia de la salud de los trabajadores se desarrolla en el Art. 22 LPRL con el enunciado: “el empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo”. Esta obligatoriedad debe realizarse en el contexto de la actividad preventiva ya que forma parte de una serie de tareas preventivas complementarias entre sí.

El Art. 42 LPRL, establece que “el incumplimiento por los empresarios de sus obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales dará lugar a responsabilidades administrativas, así como, en su caso, a responsabilidades penales y a civiles por los daños y perjuicios que puedan derivarse de dicho incumplimiento”. Lo sujetos responsables son tanto el empresario, como en su caso, los servicios de prevención competentes, que puedan haber incurrido en responsabilidad. También en el Art. 45 LPRL se establece como infracciones a la normativa, las acciones u omisiones de los empresarios que incumplan las normas legales, reglamentos y cláusulas normativas de los convenios colectivos en materia de seguridad y de salud laboral sujetos a responsabilidades conforme a la LPRL. (9).

En el Art. 23.1 de LPRL, se especifican otras obligaciones del empresario relacionadas con la documentación derivada de la actividad de la vigilancia de la salud:

1. La obligación de archivar y registrar los datos relativos a la práctica de los controles de salud de los trabajadores y las conclusiones obtenidas de los mismos:
 - a) evaluación de los riesgos para la seguridad y salud en el trabajo, y planificación de la actividad preventiva.
 - b) medidas de protección y de prevención a adoptar y, en su caso, material de protección que deba utilizarse.
 - c) resultado de los controles periódicos de las condiciones de trabajo y de la actividad de los trabajadores.
 - d) práctica de los controles del estado de salud de los trabajadores y las conclusiones obtenidas de los mismos.
 - e) relación de AT y EP que hayan causado al trabajador una incapacidad laboral superior a un día de trabajo.

2. La obligación de información a la autoridad laboral, por escrito, de los daños para la salud de los trabajadores a su servicio que se hubieran producido con motivo del desarrollo de su trabajo (como relación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que hubieran causado al trabajador una incapacidad laboral superior a un día de trabajo).(3)

B) INFRACCIONES

El RD 5/2000 de 4 de agosto por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley de Infracciones y Sanciones del Orden Social (TRLISOS) sustituye a LPRL, en materia de infracción por incumplimiento de las obligaciones del empresario, y se especifican aquellas que tienen por objeto el incumplimiento del deber de vigilancia; así se consideran infracciones como:

1. Leves:

- No dar cuenta a la autoridad laboral competente de los accidentes de trabajo ocurrido y de las enfermedades profesionales declaradas cuando tengan calificación de leves. (Art. 11.2)

2. Graves:

- No realizar los reconocimientos médicos y pruebas de vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores según la normativa de prevención de riesgos laborales, o no comunicar su resultado a los trabajadores afectados. (Art.12.2)
- No dar cuenta a la autoridad laboral de los AT ocurridos y de las EP declaradas cuando tengan calificación de graves, muy graves, o no llevar a cabo una investigación en caso de producirse daños a la salud de los trabajadores o de tener indicios de que las medidas preventivas son insuficientes. (Art.12.3)
- No registrar y archivar los datos obtenidos en las evaluaciones, controles, reconocimientos, investigaciones o informes a que se refieren los artículos 26, 22 y 23 de la LPRL. (Art. 12.3)
- La adscripción de trabajadores a puestos de trabajo cuyas condiciones fuesen incompatibles con sus características personales o de quienes se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo, así como la dedicación de aquellos a la realización de tareas sin tomar en consideración sus capacidades profesionales en materia de seguridad y salud en el trabajo. (Art. 12.7).

3. Muy graves:

- No paralizar ni suspender de forma inmediata los trabajos que impliquen la existencia de un riesgo grave e inminente para la seguridad y salud de los trabajadores. (Art. 13.3)

- La adscripción de trabajadores a puestos de trabajo cuyas condiciones fuesen incompatibles cuando de ello se derive un riesgo grave e inminente para la seguridad y salud de los trabajadores. (Art. 13.4)
- Incumplir el deber de confidencialidad en el uso de los datos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores. (Art. 13.5)
- Superar los límites de exposición a los agentes nocivos, sin adoptar las medidas preventivas adecuadas cuando se trate de riesgos graves e inminentes. (ART. 13.10) (17)

3.2. DEL PROFESIONAL SANITARIO

A) OBLIGACIONES

En el Art. 22.6 de la LPRL se establece a quién le corresponde, de manera exclusiva, realizar la vigilancia de la salud, siendo personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada.

En el Art. 37.3 del RSP se especifica que “los servicios de prevención que desarrollen funciones de vigilancia y control de la salud de los trabajadores deberán contar con un médico especialista en Medicina del Trabajo o diplomado en Medicina de Empresa y un ATS/DUE de Empresa, sin perjuicio de la participación de otros profesionales sanitarios con competencia técnica, formación y capacidad acreditada”. Es este personal especializado el que se plantea como objetivo la conservación y mejora de la salud de los trabajadores en el desarrollo de su actividad en la empresa, protegiéndoles contra los riesgos genéricos y específicos del trabajo. Para ello tiene una serie de misiones o tareas, que abarcan tanto la prevención propiamente dicha, como la atención y tratamiento posterior de las enfermedades y accidentes, y se clasifican en tres grados:

1. Una acción primaria o exclusivamente preventiva para reducir la incidencia de los fenómenos mórbidos o de enfermedades en relación con la actividad profesional a través de:
 - Determinación de los perfiles de aptitud en cada uno de los puestos de trabajo para conseguir la adaptación del trabajo a la persona.
 - Reconocimientos médicos en relación con los riesgos en el trabajo.
 - La vacunación o medidas médicas preventivas en función de los agentes.

2. Una acción secundaria o “prevención intermedia”, que trata a las enfermedades en sus estadios precoces en relación con la actividad profesional, para que puedan ser detectadas y controladas, por medio de:
 - La vigilancia periódica, que permitirá el diagnóstico precoz, pero previo conocimiento de: las exposiciones y sus indicadores para los distintos tipos de factores de riesgo (físicos, químicos o biológicos), los trabajadores susceptibles o sensibles a estos riesgos, y de los datos de los exámenes clínicos.
 - Los estudios epidemiológicos sobre las exposiciones e investigaciones para llevar a cabo una acción preventiva de carácter preventivo.
 - La atención de urgencia en caso de accidente o incidente declarado y su posterior seguimiento.

3. Una tercera acción médica, denominada prevención terciaria, mediante la cuál se establece el tratamiento de la enfermedad, una vez diagnóstica, para evitar la agravación y deterioro progresivo de las enfermedades de origen profesional y conseguir la reinserción en el medio laboral, siendo esta última acción pluridisciplinar. (18)

De modo esquemático y siguiendo la Recomendación nº 112 de la OIT, podemos enunciar las acciones llevadas a cabo por el personal sanitario de la siguiente manera:

1. De asesoramiento.

- Al empresario (o dirección de la empresa) y a los órganos de representación de los trabajadores sobre: los puestos de trabajo (desde el punto de vista fisiológico, psicológico e higiénico) en la medida que influyan en la salud de los trabajadores, sobre los medios de protección frente a los agentes y sobre el destino de los trabajadores a puestos compatibles con su estado, en función de los riesgos detectados.
- Asesoramiento individual a los trabajadores.

2. De vigilancia y control de la salud.

- Vigilancia de la higiene de las instalaciones sanitarias y de otras previstas por la empresa para el bienestar de los trabajadores (cocinas, etc.), y en caso necesario sobre los regímenes alimenticios para los trabajadores.
- Exámenes médicos de admisión, periódicos y especiales conforme a la normativa.
- Vigilancia particular a embarazadas, trabajadores sensibles a riesgos especiales, menores y disminuidos.
- Vigilancia de la adecuación de los trabajadores a su puesto de trabajo.
- Atención de primeros auxilios.
- Atención a los tratamientos médicos ambulatorios de los trabajadores que no hayan interrumpido su trabajo.
- Apertura de expediente sanitario de cada trabajador de la empresa con registro de datos y evolución de la salud, siendo éste confidencial.

- Coordinación y colaboración con los servicios de la Administración sanitaria (SNS), colaborando así con los servicios de atención primaria y atención especializada, para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades relacionadas con el trabajo, y coordinándose con las unidades responsables de salud pública del Área de Salud.

3. De investigación.

- Estudio y vigilancia de los factores y agentes que suponen un riesgo para la salud de los trabajadores, en cada puesto de trabajo y su influencia sobre los trabajadores.
- Control y seguimiento de los datos estadísticos para la función sanitaria de la empresa.
- Investigación de los resultados.

4. De formación.

- Formación de las personas encargadas de los primeros auxilios y su instrucción periódica.
- Participación en la formación de los trabajadores encargadas de las acciones preventivas.
- Realización de la educación sanitaria del personal de la empresa con respecto a la salud e higiene.(18)

5. De información.

- Asegurar la validez de la vigilancia de la salud previa información de objetivos y detalles de la misma, y consentimiento de los trabajadores.
- Contribuir a la información de los trabajadores sobre los riesgos profesionales a los que están expuestos.
- Informar y explicar los resultados de los reconocimientos médicos a los trabajadores de manera individual.

- Notificar, a la autoridad competente, los AT y EP.

Con la enumeración de estas funciones y obligaciones, podemos afirmar que la empresa no cumple con su deber de vigilancia de la salud por efectuar solamente los reconocimientos, si a ello no se añade todas las tareas anteriormente enumeradas y que completan el contenido de la obligación legal. (4)

Todas las acciones que realiza el personal sanitario se deben encuadrar dentro del sistema de vigilancia de la salud. La LPRL establece la necesidad de que la acción preventiva se ejercite con criterios de planificación¹⁶, por tanto la vigilancia de la salud como tal acción preventiva no es ajena a este principio, y por ello debe ser un hecho planificado de acuerdo a lo que dictan las propias técnicas de planificación, siendo estos profesionales los encargados de este proceso de planificación. Según A. Sonis y Pinealt podemos definir el Proceso de Planificación como: “el proceso continuo que permite la previsión de recursos necesarios y la elección de soluciones para conseguir unos objetivos determinados en un contexto de racionalidad técnica y viabilidad administrativa según un orden de prioridades establecido”, que consta de los siguientes elementos:

- Una situación de partida: constituida por necesidades o problemas.
- Un proceso: de análisis de las necesidades o problemas, los objetivos y acciones de interés, las prioridades existentes, los sistemas de seguimiento y los criterios de evaluación de resultados e intervenciones.
- Una situación resultante: integrada por una serie de acciones que permitan modificar la situación de partida.

Por tanto, el objetivo fundamental de la planificación de la vigilancia de la salud es modificar la situación inicial de partida mediante el desarrollo de una serie de acciones, ya que el objetivo último del sistema de vigilancia es detectar precozmente los daños de la salud consecuentes a una desadaptación del binomio trabajador/condiciones de trabajo. (19)

¹⁶ Art. 15 de la LPRL: principios de la acción preventiva.

Además los profesionales sanitarios deberán guiar su actuación según los principios del “Código Internacional de ética para los profesionales de la salud laboral” aprobado en 1991 por La Comisión Internacional de Salud Laboral (ICOH/CIST), que establece:

1. “El ejercicio de la salud laboral se ha de ajustar a las normas profesionales más exigentes y a los principios más rigurosos. Los profesionales de la Salud Laboral están al servicio de la salud y del bienestar de los trabajadores, individual y colectivamente, y contribuyen a la salud medioambiental y comunitaria”.
2. “Las obligaciones de los profesionales de la Salud Laboral incluyen la protección de la vida y de la salud del trabajador, el respeto a la dignidad humana y la promoción de los principios éticos más altos en las políticas y programas de salud laboral.
3. “Los profesionales de la Salud Laboral son expertos que han de ser dotados para el ejercicio de sus funciones con total independencia profesional. Han de adquirir la competencia para este ejercicio y exigir las condiciones que les permitan realizar sus funciones de acuerdo con la buena praxis y ética profesional.” (20)

También existe un Decálogo sobre la vigilancia de la Salud Laboral que debería ser aplicado por todos los profesionales sanitarios encargados de realizar esta función. Este decálogo determina:

1. **La vigilancia de la salud es un componente esencial de la Prevención de Riesgos Laborales.**

Es una actividad que debe integrarse necesariamente en todas las fases de la intervención preventiva como parte inseparable de la actuación multidisciplinar de los Servicios de Prevención.

La vigilancia de la salud, en tanto que es la recogida sistemática de información sobre dicho estado de salud de los trabajadores, es una

fuerza de información imprescindible para la evaluación de los riesgos laborales y la eficacia de las medidas preventivas; y no debe utilizarse como sustitutiva de las medidas necesarias para evitar y controlar la exposición a riesgos.

2. **La vigilancia de la salud supone una nueva orientación de la actividad sanitaria en el campo de la Medicina del Trabajo.**

La vigilancia de la salud implica una nueva orientación preventiva de la actividad sanitaria en el campo de la Medicina del Trabajo.

Los profesionales sanitarios en Medicina y Enfermería del Trabajo asumen la función de estudiar y analizar la interacción entre las personas y las condiciones de trabajo en una situación concreta, con el fin de detectar posibles daños a la salud y facilitar así las actuaciones encaminadas a evitar su progresión, su extensión o su reiteración. Para llevar a cabo esta función, los profesionales sanitarios deberán disponer de la información de que dispongan otros prevencionistas sobre la entidad de los riesgos presentes en cada puesto de trabajo.

A su vez, ellos generan información sobre los eventuales efectos de dichos riesgos y sobre la idoneidad del puesto de trabajo en relación con el estado de salud del trabajador.

3. **La vigilancia de la salud no es una actividad exclusivamente asistencial.**

La vigilancia de la salud no se agota en los reconocimientos médico-diagnósticos individuales, sino que abarca un conjunto de actividades de recogida de información sobre el estado de salud de los trabajadores, tanto a partir de datos objetivos como subjetivos, provenientes de fuentes primarias, secundarias y organizados como datos individuales o agregados. Además de los exámenes médicos, otros procedimientos como el control de indicadores biológicos, encuestas de salud, la utilización de técnicas cualitativas o los estudios epidemiológicos,

constituyen fuentes de información muy importantes en un sistema de vigilancia.

Para llevar a cabo esta función se requiere, por tanto, una capacitación profesional no solo para la atención integral especializada de enfermedades laborales sino también para la gestión y el análisis de información sanitaria, lo que permite la incorporación de otros profesionales.

4. La vigilancia de la salud debe abarcar lo individual y lo colectivo.

Un sistema integral y coherente de vigilancia no solo incluye una valoración individual del estado de salud de los trabajadores sino también el estudio sistemático de los patrones de salud-enfermedad en los diferentes colectivos laborales.

Los exámenes de salud son el medio más habitual para valorar la salud individual de los trabajadores; de sus resultados se obtiene información sobre la necesidad de adaptar un determinado puesto de trabajo según las aptitudes del trabajador (prevención primaria) o sobre una eventual afectación de la salud individual que requiera una actuación preventiva inmediata para evitar el deterioro (prevención secundaria). Por tanto, un tratamiento epidemiológico sistemático de los resultados de estos exámenes permite, un mejor conocimiento sobre las relaciones entre trabajo y salud, no solo en un sentido negativo (detección de riesgos a partir del daño), sino también en positivo (verificar la eficacia de la prevención, comprobando disminución o ausencia de daño), con lo que se refuerza el papel de la vigilancia como instrumento para la prevención primaria.

5. La vigilancia de salud es un elemento para la promoción de la salud de los trabajadores.

En términos de salud, la relación entre un trabajador y el medio ambiente laboral no puede considerarse aisladamente. Múltiples

interacciones entre condicionantes laborales y extralaborales, entre exposiciones ambientales y patrones culturales, entre comportamientos individuales y condiciones socioeconómicas, acaban siendo determinantes del nivel de salud de las personas.

Por ello, es necesario plantear con coherencia una vigilancia de la salud integral del trabajador, y orientada a los factores de riesgo específicos de su trabajo teniendo en cuenta otros factores como pueden ser la alimentación, la edad, etc.

También se aconseja la integración en un mismo sistema de vigilancia de la salud las enfermedades comunitarias más prevalentes además de las relacionadas con el trabajo.

6. La vigilancia de la salud requiere protocolos de actuación específicos según los riesgos.

Un protocolo de vigilancia es un plan secuencial para la obtención de información sobre los problemas de salud.

La protocolización de la vigilancia permite superar los exámenes médicos rutinarios, facilita el estudio de problemas de salud específicamente relacionados con el riesgo laboral y garantiza una actuación homogénea y científicamente rigurosa.

7. La vigilancia de la salud debe respetar la intimidad de los trabajadores y la confidencialidad de la información.

Todas las actividades de vigilancia deben someterse a los principios éticos de la investigación científica y de la deontología profesional, y respetar el derecho de las personas a la confidencialidad de los datos sanitarios.

El acceso a los datos y a los archivos médicos individuales debe restringirse sólo a los profesionales sanitarios.

Los datos personales sobre la salud deben ser accesibles para cada trabajador y no ser comunicados a terceras personas sin su expreso

consentimiento. Pero, los datos agregados (resultados) deben estar a alcance de las personas con funciones y competencias en salud laboral para su utilización con fines preventivos.

8. La vigilancia de la salud no debe generar discriminación laboral.

Los resultados de las actividades de la vigilancia de la salud no deben ser utilizados con fines discriminatorios, ni en perjuicio de los intereses del trabajador.

Se debe evitar especialmente la utilización de la vigilancia como método de selección de trabajadores resistentes al riesgo. Los exámenes de salud deben orientarse a la prevención y no a la selección, y por ello, se tenderá a sustituir el concepto de "aptitud" por el de "adaptación" del puesto de trabajo.

También debe evitarse la pérdida de empleo por motivos de salud, promoviendo en su lugar la adaptación al puesto de trabajo o la asignación de tareas alternativas como soluciones más idóneas.

9. La vigilancia de la salud no debe confundirse con el control del absentismo laboral.

El registro de ausencias y bajas laborales por motivos de salud representa una fuente de información sobre la incidencia de diversas patologías que puedan estar relacionadas con el trabajo. El estudio y análisis de estos datos puede ayudar a identificar si existe realmente alguna relación entre la enfermedad que causa la baja y la exposición a riesgos en el trabajo. Para ello, es necesario que los profesionales sanitarios tengan acceso a los datos de incapacidad temporal por enfermedad y los analicen de forma sistemática.

Estos profesionales deben evitar ser involucrados en la gestión administrativa ni en el control del absentismo.

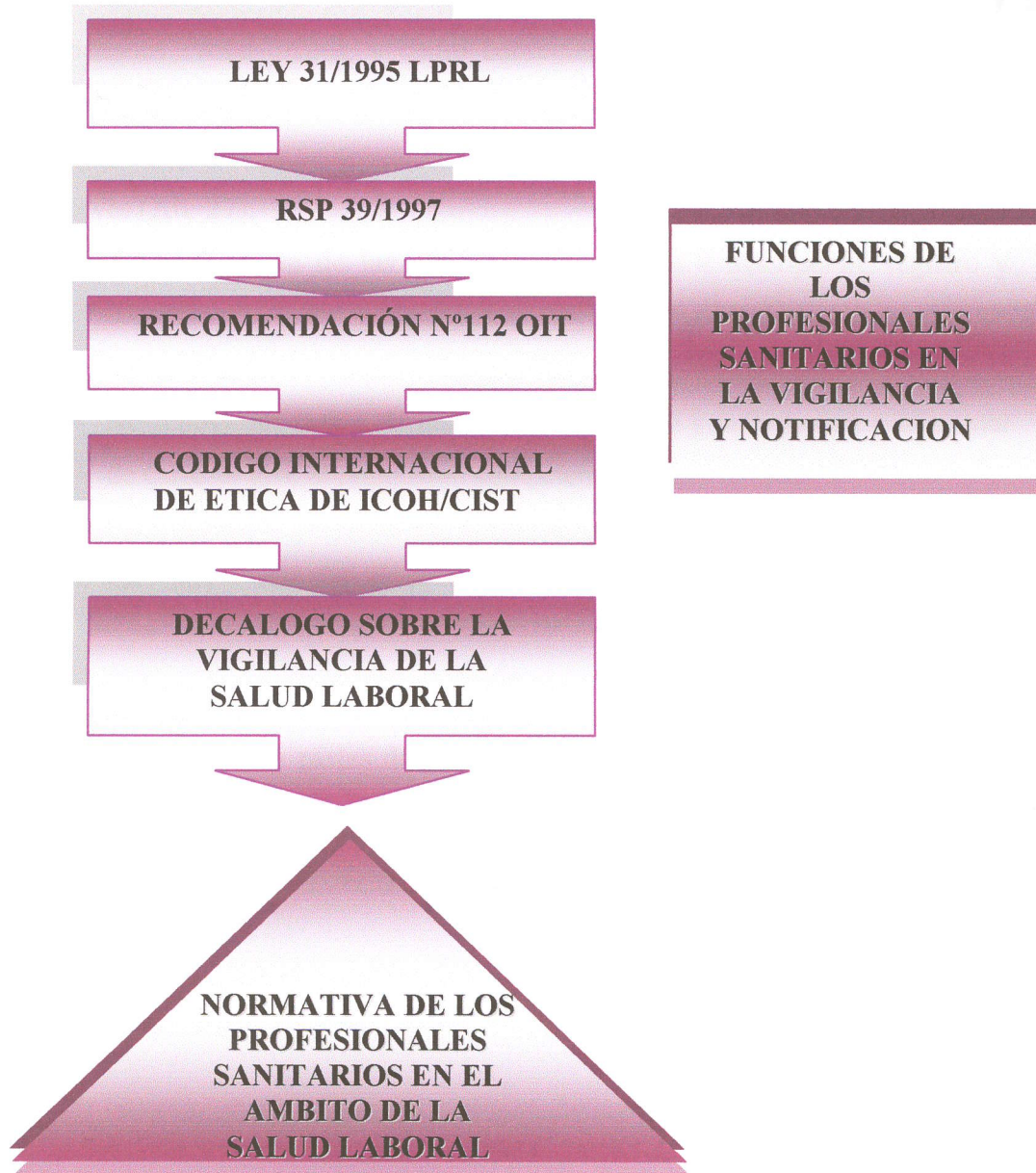
10. La vigilancia de la salud requiere independencia profesional.

De acuerdo con los principios del Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Laboral, los profesionales sanitarios deben asesorar con rigor e imparcialidad tanto a los empresarios como a los trabajadores y a sus representantes en todo lo relativo a la vigilancia.

Deben cumplir fielmente la normativa sobre la calificación y notificación de las enfermedades profesionales, prestando apoyo profesional a los trabajadores afectados para el reconocimiento e indemnización.

Estos profesionales deben tener capacitación adecuada para cumplir con rigor sus funciones en materia de vigilancia de la salud, recurriendo cuando sea necesario a un adecuado apoyo especializado. Igualmente deben establecer lazos de cooperación entre el resto del equipo multidisciplinar encargado de la prevención y actuar coordinadamente con el Sistema Nacional de Salud. (21)

En el siguiente diagrama se expresa de forma resumida la normativa que existe sobre la actuación de los profesionales sanitarios encargados de Salud Laboral.



B) INFRACCIONES

Las infracciones que afectan a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, y como consecuencia de ello a los profesionales encargados de esta función, según el R.D. 5/200 de 4 de agosto, y son las siguientes:

1. Leves (Art. 27):

- Incumplimiento de las obligaciones relativas a inscripción, registro y conservación de documentos y certificados en materia de reconocimientos médicos obligatorios o no.
- No remitir los partes de accidentes de trabajo y enfermedad profesional de carácter leve al organismo competente.
- No informar a empresarios, trabajadores y órganos de representación, de los datos de que disponen.

2. Graves (Art. 28):

- No remitir los partes de accidente de trabajo y enfermedad profesional con carácter grave, muy grave o muerte al organismo competente.(17)

4. EL PAPEL DE LA ENFERMERA/O DE EMPRESA

La **ENFERMERA/O DE EMPRESA** participa con el equipo que realiza la vigilancia de la salud como parte integrante del mismo, ya que profesionalmente está capacitado para proporcionar la atención, cuidados y asistencia necesarios, tanto individuales como colectivos, a la población trabajadora. Su actuación se basará en una atención integral a los trabajadores, promocionando su salud, asistiéndoles en caso de enfermedad o accidente, previniendo la enfermedad común o profesional, planificando la prevención de los riesgos que puedan afectar su salud, ayudándole y asistiéndole en su superación o rehabilitación en caso necesario a lo largo de su vida laboral.(22)

A través del marco normativo también podemos extraer algunos puntos que hacen referencia a los funciones de los profesionales sanitarios encargados de realizar la vigilancia, donde se encuentran encuadrado el Enfermero/a de Empresa, como hemos visto anteriormente; pero más explícitamente, el Acuerdo de la Comisión Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (ACISNS), aprobado por el CISNS el 15/12/97, que especifica:

- Los enfermeros de empresa se integrarán necesariamente en el servicio de prevención.
- Llevarán a cabo tareas de vigilancia de la salud.
- Aplicarán técnicas preventivas exclusivas del personal sanitario.
- Vigilarán y estudiarán la salud de los trabajadores.
- Promocionarán la salud y formarán en ello a los empresarios y trabajadores.
- Prestarán primeros auxilios y asistencia sanitaria.
- Colaborarán con el SNS y la autoridad sanitaria.

Y como establece el RSP (Art. 37), el enfermero de empresa desarrollará funciones del nivel superior, encomendándole las siguientes tareas:

1. Promover con carácter general la prevención en la Empresa.
2. Realizar evaluaciones de riesgo para la salud.
3. Proponer medidas de control y reducción de riesgos laborales.
4. Formación e información de carácter general a todos los niveles y en las materias propias de su área.
5. Participar en la planificación de la acción preventiva y dirigir las actuaciones de emergencia y primeros auxilios.
6. Colaborar con el Médico del Trabajo en la vigilancia de la salud, tal y como establece la normativa vigente, estando sometida a protocolos específicos.
7. Registrar las enfermedades que se produzcan entre los trabajadores y las ausencias de trabajo por motivos de salud, con el fin de conocer el estado de salud de la población trabajadora y establecer posibles relaciones causales, poniéndolo en conocimiento del médico.
8. Colaborar con el resto de los integrantes del servicio con el fin de investigar y analizar posibles relaciones entre la exposición a riesgos y los perjuicios para la salud, así como proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo, sobre todo las que afectan a trabajadoras en situación de embarazo, a menores o personas especialmente sensibles.
9. Proporcionar cuidados de enfermería y atención de urgencia a los trabajadores víctimas de accidentes o alteraciones de la salud en el lugar de trabajo.
10. Educación y promoción de la salud en el lugar de trabajo.
11. Organizar y realizar campañas de vacunación o de prevención, que establezcan las autoridades sanitarias o laborales.
12. Coordinación con la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

13. Colaborar en la elaboración de estadísticas de las actividades de prevención, resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores, de incapacidad temporal, y de Accidentes y Enfermedades Profesionales, para que estén a disposición de la autoridad sanitaria y laboral.
14. Investigar la mejora de los cuidados de enfermería y el desarrollo de la profesión.(22)

Además de estas funciones, podemos añadir las actividades que vienen determinadas en la clasificación de intervenciones de enfermería (CIE), como:

- ✓ Determinar los riesgos laborales a los que está expuesto el trabajador.
- ✓ Determinar el grado de vigilancia requerido del trabajador en función de los riesgos a los que esté expuesto.
- ✓ Obtener información sobre la conducta y rutinas normales.
- ✓ Establecer la frecuencia de recogida de datos e interpretación de los mismos, según lo indique el estado del trabajador.
- ✓ Facilitar la reunión de pruebas de diagnóstico, según sea posible.
- ✓ Interpretar los resultados de las pruebas de diagnóstico, y ponerse en contacto con el médico, si procede.
- ✓ Explicar los resultados de las pruebas de diagnóstico al trabajador.
- ✓ Comparar el estado actual del trabajador con el estado previo para detectar las mejoras y deterioros en su estado de salud y establecer si existe relación de causalidad con el trabajo o no.
- ✓ Desarrollar las actividades de educación sanitaria, estableciendo para ello las siguientes actividades:
 - Identificar las características de la población objeto que afecta la selección de las estrategias de enseñanza.
 - Formular los objetivos del programa de educación sanitaria.
 - Centrarse en beneficios de salud positivos e inmediatos o a corto plazo.
 - Enseñar estrategias que puedan utilizarse para resistir conductas insalubres o que entrañen riesgos.

- Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación a conductas salubres.
 - Determinar e implantar estrategias para medir los resultados a intervalos regulares durante y después de terminar el programa, y la efectividad en términos económicos de la educación, utilizando estos datos para mejorar la eficacia de los programas ulteriores.
 - Influir en el desarrollo de una política que garantice la educación sanitaria como beneficio. (23)
- ✓ La enfermera de empresa deberá mantener bajo su control y custodia todos los expedientes médicos. (Art. 58.2 y 59.12 de Ley 55/2003 Estatuto Marco del Personal Sanitario)

Todos las Enfermeras/s de Empresa deberán ejercer su profesión de acuerdo a un código de conducta, y según la LOPS¹⁷, realizarán la prestación personal de los cuidados o servicios propios de su competencia profesional; correspondiéndoles la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, bajo una guía de actuación para el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas. Y, así para el caso concreto que nos ocupa, las enfermeras/os de empresa, según el código deontológico de esta profesión, cumplirán los siguientes preceptos:

1. “La enfermera/o está obligado a tratar con el mismo respeto a todos sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud”. (Art. 4)
2. “El consentimiento, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la enfermera/o”. (Art. 7)
3. “Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al sujeto, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo”. (Art.10)
4. “La enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información

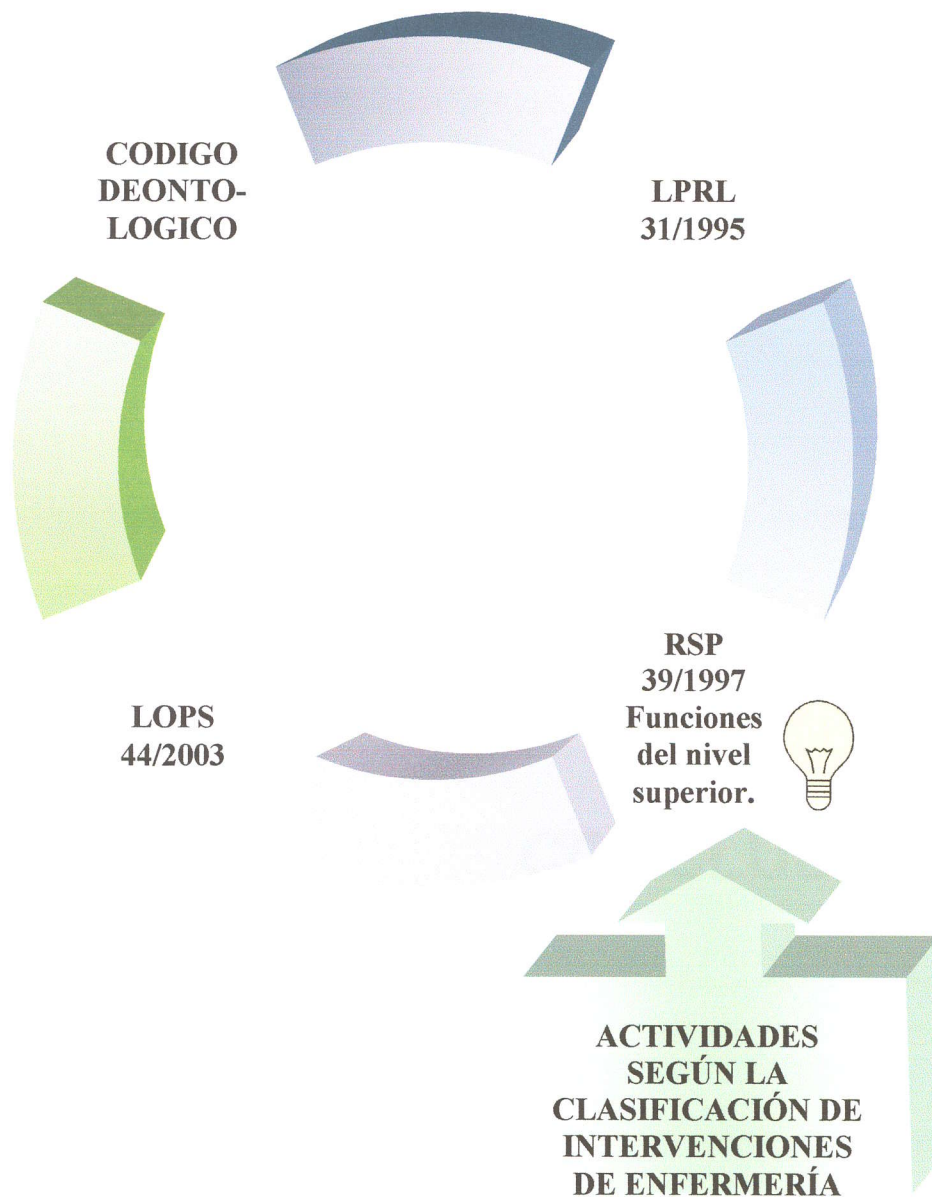
¹⁷ Art. 7.1 y 7.2 a) de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003 de 21 de noviembre.

- excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado.” (Art. 11)
5. “La enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo”. (Art. 19)
 6. “La enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción; y no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones, y nunca deberá delegar en cualquier otro miembro del equipo de salud, funciones que le son propias y para las cuales no están los demás debidamente capacitados” (Art. 57, 58 y 59)
 7. “Será responsabilidad de la enfermera/o, actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que pueden ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende.” (Art. 60)
 8. “La enfermera/o, no solamente estará preparada para practicar, sino, que deberá poseer conocimientos y habilidades científicas, que la Lex Artis, exige en cada momento a la enfermera competente.” (Art. 69)
 9. “La enfermera/o debe procurar investigar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional con el fin de mejorar los cuidados de enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional.” (Art. 73)

El no cumplimiento de estas disposiciones del código u otras en materia deontológico, se incurrirá en responsabilidad disciplinaria, pudiendo ser sancionados por el Colegio Profesional. Estas sanciones irán desde la amonestación verbal o escrita, hasta la suspensión, inhabilitación o expulsión.

Al igual que en el capítulo anterior se esquematiza la normativa a seguir por los profesionales sanitarios, entre los que se encuentran los Diplomados de Enfermería de Empresa, para estos últimos es de obligado cumplimiento otras

normativas específicas, que hemos desarrollado ampliamente, pero que podemos resumir en:



CONCLUSIONES

De todo lo expuesto en el desarrollo del tema como conclusiones destacamos:

- I. La importancia de la vigilancia de la salud como medida preventiva, para evitar enfermedades laborales que repercuten tanto en el trabajador como en la empresa. Incluyendo otras actividades además de la realización de los exámenes médicos.
- II. La necesidad de tener un registro de enfermedades profesionales para poder establecer informes de prevalencia, incidencia y exposición a factores de riesgo, para proponer las medidas correctoras y preventivas necesarias.
- III. Evitar la sobredeclaración de accidentes de trabajo, mediante un cambio legislativo en conceptos de enfermedad profesional, enfermedad derivada del trabajo y un listado dinámico, flexible y actualizable de EP.
- IV. Las funciones llevadas a cabo por el personal sanitario y en particular sobre los Diplomados de Enfermería de Empresa, son de suma importancia para proteger la salud de los trabajadores y prevenir posibles alteraciones de su estado de salud, evitando la aparición de enfermedades profesionales.

BIBLIOGRAFIA

1. Universidad de Navarra. Enfermedades Profesionales.
<http://www.unav.es/riesgoslaborales/medtrabajo/enferprof/enferprof.htm>.
(19/01/04)
2. Cortés Díaz JM. Enfermedades Profesionales. En: Cortés Díaz JM. eds. Técnicas de prevención de riesgos laborales. Madrid. 2002. Tébar: 599-614.
3. Mateos Beato A. Vigilancia de la salud. En: Mateos Beato A. eds. Diccionario de Seguridad y Salud laboral: Conceptos de la Ley de prevención de riesgos laborales. Valladolid. 2002. Lex Nova: 1221-1248.
4. Díaz Moliner R. El deber de la vigilancia de la Salud. En: Díaz Moliner R. eds. Guía práctica para la prevención de riesgos laborales. Valladolid. 2002. Lex Nova: 124-137.
5. García Gómez MM. Salud y Trabajo. En: Mazarrasa Alvear L. Germán Bes C. Sánchez Moreno A. eds. Enfermería Profesional: Salud pública y enfermería comunitaria. Madrid. 1996. Mc.Graw-Hill-Interamericana: 851-870.
6. NTP 471: La vigilancia de la salud en la normativa de la prevención de riesgos laborales. http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_471.htm. (29/3/04)
7. Rescalbo Santiago F. Diego López RM. Condiciones de trabajo y salud. En: Rescalbo Santiago F. Gasset Arbona R. eds. Manual de prevención de riesgos laborales I. Madrid. 2000. Ibermutuamur: 15-34.
8. Moreno Sáez N. Vigilancia de las alteraciones de la salud relacionadas con el trabajo. En: Mazarrasa Alvear L. Germán Bes C. Sánchez Moreno A. eds. Enfermería Profesional: Salud pública y enfermería comunitaria. Madrid. 1996. Mc.Graw-Hill-Interamericana: 371-387.
9. Gómez Alvarez T. La vigilancia de la salud en el centro de trabajo. Madrid. Tecnos. 2003
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolos sanitarios específicos.
http://www.msc.es/medioambiente/saludlaboral/vigitrabajadores/cont_protocolos_sanitarios.htm (30/01/04)
11. Principios generales y criterios de aplicación práctica de la vigilancia de la salud.
<http://www.fut.es/~aet/documentos/vigilancia2004salud.PDF> (1/4/04)

12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Principios generales de la vigilancia de la salud de los trabajadores.
http://www.msc.es/medioambiente/saludlaboral/vigitrabajadores/cont_principios_generales.htm (23/01/04)
13. Rescalbo Santiago F. Daños derivados del trabajo. Prevención y Protección.
En: Rescalbo Santiago F. Gasset Arbona R. eds. Manual de prevención de riesgos laborales I. Madrid. 2000. Ibermutuamur: 37-53.
14. Mateos Beato A. Enfermedades Profesionales. En: Mateos Beato A. eds. Diccionario de Seguridad y Salud laboral: Conceptos de la Ley de prevención de riesgos laborales. Valladolid. 2002. Lex Nova: 521-546.
15. Instituto Regional de Seguridad y Salud en el trabajo. Comunidad de Madrid. Partes de accidentes y enfermedades profesionales.
<http://www.madrid.org/ctrabajo/irsst/partacc.htm> (23/01/04)
16. Cisnal Gradillan JM. Análisis formal de la siniestralidad laboral en España. Propuesta de Actuación. Madrid. Asepeyo.2002.
17. Mateos Beato A. Infracciones administrativas. En: Mateos Beato A. eds. Diccionario de Seguridad y Salud laboral: Conceptos de la Ley de prevención de riesgos laborales. Valladolid. 2002. Lex Nova: 703-747.
18. Mateos Beato A. Medicina del Trabajo. En: Mateos Beato A. eds. Diccionario de Seguridad y Salud laboral: Conceptos de la Ley de prevención de riesgos laborales. Valladolid. 2002. Lex Nova: 839-859.
19. Curso DUE Empresa. Salamanca 2003. Maqueda Balnco J. Planificación sanitaria en la vigilancia de la salud en el trabajo. (23/03/04)
20. Código Internacional de ética para profesionales de Salud laboral.
21. <http://www.fut.es/~amelero/textos/etica.htm> (23/03/04)
22. Decálogo sobre la vigilancia de la salud laboral.
<http://www.suatea.org/saludlaboral/decálogo.htm> (23/03/04)
23. Curso DUE Empresa. Salamanca 2003. Corbelle Alvarez J.M. Papel del DUE en el ámbito de la empresa. Marco normativo. (29/03/04)
24. McCloskey TC; Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Madrid. 2002. Mosby: 340-341, 764-765.

LEGISLACIÓN UTILIZADA

1. Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 de 25 de abril.
2. Reglamento de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales RD. 39/1997 de 17 de enero.
3. Ley General de Sanidad 14/1986 del 25 de abril.
4. Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social RD. 1/1994 de 20 de junio.
5. RD. 1273/2003 de 10 de octubre, que establece la Seguridad Social de trabajadores por cuenta propia o autónomos.
6. Directiva Marco CEE 89/391.
7. Constitución Española de 1978.
8. RD. 1995/1978 de 12 de mayo, que establece el listado de Enfermedad Profesional en el Sistema de Seguridad Social.
9. Norma UNE. 819002. Ex.
10. Resolución de 30 de diciembre de 1993, que establece de manera provisional como enfermedad profesional al "Síndrome de Ardstil".
11. Orden Ministerial 2926/2002 de 19 de noviembre para notificación de accidentes de trabajo por procedimiento electrónico.
12. Estatuto Marco del Personal Sanitario. Ley 55/2003.
13. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003 de 21 de noviembre.
14. Código deontológico de Enfermería.
15. Texto Refundido de la Ley de Infracciones y Sanciones del orden social. RD. 5/2000 de 4 de agosto.

ANEXO I
PROTOCOLOS ESPECÍFICOS DEL
SERVICIO DE PREVENCIÓN

* Fuente de datos El Servicio de Prevención del H.U. de Salamanca.

RECONOCIMIENTO ESPECIFICO PREVIO A LA EXPOSICIÓN CON CITOSTATICOS

APELLIDOS, NOMBRE.....Fecha

PUESTO DE TRABAJO.....SERVICIO.....

Antecedentes:

Exposición profesional: Citostaticos R. Ionizantes Anestésicos
O. Etileno Otros
Tratamientos previos. Citostáticos R. Ionizantes

Estudios radiológicos recientes:.....

Historia de Alergia:.....

Historia de abortos y/o malformaciones congénitas:.....

Accidentes anteriores:.....

Tipo de exposición:

Preparación Administración Transporte Manipulación excretas

Anamnesis

Gestación Lactancia Planificación de embarazo a corto plazo

Enfermedades o alteraciones:

Digestivas

Sistema hematopoyético

Sistema nefrouinario

Piel

Exploración:

Piel y faneras N P

Mucosas N P

Aparato respiratorio:

Auscultación pulmonar N P

Aparato Digestivo

Exploración abdominal N P

Otros datos de interés:.....

Pruebas analíticas:

GOT, GPT, GGT N P

Creatinina N P

Proteinograma N P

Otras (especificar):

Fuma Si No Masca chicle Si No

GRADO DE APTITUD

INFORMACIÓN - - FORMACIÓN PREVENTIV A

APTO NO APTO APTO EN D.C

TIENE REQUIERE

Observaciones:

.....

Observaciones:

.....

ANEXO II
PARTE OFICIAL DE ENFERMEDAD
PROFESIONAL

ASEPEYOMutua de Accidentes de Trabajo
y Enfermedades Profesionales
de la Seguridad Social N.º 151
CIF: G-08215824**PARTE DE ENFERMEDAD PROFESIONAL**
(A cumplimentar por cuadruplicado)

Fecha del diagnóstico

¿Causó baja? (2)

SI

NO

Nº de Expediente

Régimen (1)

1. DATOS DEL TRABAJADOR:

Apellidos y nombre		N.º Libro Matricula	N.º afiliación S. S.	Fecha ingreso Empresa		
Sexo	Estado civil	Fecha de nacimiento	Oficio	Categoría profesional	Total de horas (4)	Tiempo puesto 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	N.º Inscric. 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	Fechas de ALTA BAJA

4. DATOS DE LA ENFERMEDAD:

Clase de enfermedad profesional	Descripción de los trabajos que se consideren causantes de la enfermedad	Tiempo en meses que ha estado expuesto al riesgo			
Tiene cartilla Sanitaria? (2) <table border="1"> <tr><td>SI</td></tr> <tr><td>NO</td></tr> </table>	SI	NO	Fecha de reconocimiento previo	Fecha del último reconocimiento médico periódico	Diagnóstico
SI					
NO					
Descripción de la enfermedad (Síntomas principales o predominantes. Cuadro clínico)	Grado de la enfermedad Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Muy grave <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> (6)	Carácter del diagnóstico De certeza <input type="checkbox"/> (6) De presunción <input type="checkbox"/>			

DELEGACION DE TRABAJO
(Sellado y fechado)D. en calidad de de la
expresada Empresa, expide el presente Parte, por cuadruplicado, en
a de de
(Sello y firma)

**PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL
POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES**

SEGURIDAD SOCIAL

RÉGIMEN

SITUACIÓN

DATOS DEL TRABAJADOR

- GENERAL
- AGR. C/PROPIA
- AGR. C/AJENA
- MAR
- M. CARBON

- ACTIVO
- DESEMPLEADO

NÚM. TARJETA SANITARIA:

NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:

NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Domicilio	Localidad	Provincia	Código postal	Teléfono
-----------	-----------	-----------	---------------	----------

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa	Domicilio	Localidad	Provincia	Código postal
Entidad pago IT / CP	Actividad Empresa	Código CNAE	Puesto de trabajo	

INSS ISM

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)

DIAGNÓSTICO:

Código CIE-9 MC:

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS:

MESES:

Duración estándar De a días

PARTE DE BAJA

Fecha del AT o EP:

Fecha de la BAJA:

Fecha del ALTA (*):

PARTE DE ALTA

- Leve
- Grave
- Muy grave
- RECAÍDA { SI NO

- Accidente de Trabajo
- Enfermedad Profesional
- Periodos de Observación por E.P.

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado:

CAUSA DEL ALTA

- Curación
- Fallecimiento
- Inspección Médica
- Propuesta de Incapacidad
- Agotamiento plazo
- Mejoría que permite realizar trabajo habitual
- Incomparecencia

P. 9/11 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja

Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

**PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL
POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES**

SEGURIDAD SOCIAL

RÉGIMEN

SITUACIÓN

DATOS DEL TRABAJADOR

- GENERAL
- AGR. C/PROPIA
- AGR. C/AJENA
- MAR
- M. CARBON

- ACTIVO
- DESEMPLEADO

NÚM. TARJETA SANITARIA:

NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:

NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Domicilio	Localidad	Provincia	Código postal	Teléfono
-----------	-----------	-----------	---------------	----------

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa	Domicilio	Localidad	Provincia	Código postal
Entidad pago IT / CP	Actividad Empresa	Código CNAE	Puesto de trabajo	

INSS ISM

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)

DIAGNÓSTICO:

Código CIE-9 MC:

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? DÍAS:

MESES:

Duración estándar De a días

PARTE DE BAJA

Fecha del AT o EP:

Fecha de la BAJA:

Fecha del ALTA (*):

PARTE DE ALTA

- Leve
- Grave
- Muy grave
- RECAÍDA { SI NO

- Accidente de Trabajo
- Enfermedad Profesional
- Periodos de Observación por E.P.

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS

Firma, Fecha y Sello

Número de colegiado:

CAUSA DEL ALTA

- Curación
- Fallecimiento
- Inspección Médica
- Propuesta de Incapacidad
- Agotamiento plazo
- Mejoría que permite realizar trabajo habitual
- Incomparecencia

P. 9/11 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja

Ejemplar para su remisión al INSS o al ISM

**PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL
POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES**

SEGURIDAD SOCIAL

RÉGIMEN		SITUACIÓN		DATOS DEL TRABAJADOR				
GENERAL	<input type="checkbox"/>	ACTIVO	<input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA:				
AGR. C/PROPIA	<input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:				
AGR. C/AJENA	<input type="checkbox"/>			NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD:				
MAR	<input type="checkbox"/>			NOMBRE Y APELLIDOS:				
M. CARBÓN	<input type="checkbox"/>							
Domicilio		Localidad		Provincia		Código postal		Teléfono

DATOS DE LA EMPRESA							
Nombre de la Empresa		Domicilio		Localidad	Provincia	Código postal	
Entidad pago IT / CP		Actividad Empresa		Codigo CNAE	Puesto de trabajo		
INSS <input type="checkbox"/>		ISM <input type="checkbox"/>					

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)			
DIAGNÓSTICO			¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?
Codigo CIE-9 MC			DÍAS
Duración estándar De			MESES
			a días

PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/>		Fecha del AT o EP		DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS		CAUSA DEL ALTA	
PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/>		Fecha de la BAJA		Firma, Fecha y Sello		Curación	
Leve <input type="checkbox"/>		Fecha del ALTA (*)				Fallecimiento	
Grave <input type="checkbox"/>						Inspección Médica	
Muy grave <input type="checkbox"/>		Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>		Propuesta de Incapacidad		Agotamiento plazo	
RECAIDA { SI <input type="checkbox"/>		Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>		Número de colegiado		Mejoría que permite realizar trabajo habitual	
NO <input type="checkbox"/>		Periodos de Observación por E.P. <input type="checkbox"/>				Incomparecencia	

P. 9/11 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.
Ejemplar para el TRABAJADOR

**PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL
POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES**

SEGURIDAD SOCIAL

RÉGIMEN		SITUACIÓN		DATOS DEL TRABAJADOR				
GENERAL	<input type="checkbox"/>	ACTIVO	<input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA:				
AGR. C/PROPIA	<input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:				
AGR. C/AJENA	<input type="checkbox"/>			NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD:				
MAR	<input type="checkbox"/>			NOMBRE Y APELLIDOS:				
M. CARBÓN	<input type="checkbox"/>							
Domicilio		Localidad		Provincia		Código postal		Teléfono

DATOS DE LA EMPRESA							
Nombre de la Empresa		Domicilio		Localidad	Provincia	Código postal	
Entidad pago IT / CP		Actividad Empresa		Codigo CNAE	Puesto de trabajo		
INSS <input type="checkbox"/>		ISM <input type="checkbox"/>					

				¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?	
				DÍAS	
				MESES	

PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/>		Fecha del AT o EP		DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS		CAUSA DEL ALTA	
PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/>		Fecha de la BAJA		Firma, Fecha y Sello		Curación	
Leve <input type="checkbox"/>		Fecha del ALTA (*)				Fallecimiento	
Grave <input type="checkbox"/>						Inspección Médica	
Muy grave <input type="checkbox"/>		Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>		Propuesta de Incapacidad		Agotamiento plazo	
RECAIDA { SI <input type="checkbox"/>		Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>		Número de colegiado		Mejoría que permite realizar trabajo habitual	
NO <input type="checkbox"/>		Periodos de Observación por E.P. <input type="checkbox"/>				Incomparecencia	

P. 9/11 (*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.
Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS o ISM)

A CUMPLIMENTAR POR LA EMPRESA

Num. Inscripción Empresa en la S. S. _____ / _____ / _____
Núm. de teléfono _____ Núm. de fax _____
Régimen _____ Clave

(General, Carbon, etc.)
Grupo de cotización del trabajador _____
Clase de contrato _____

BASE REGULADORA

a) Base de cotización del mes anterior al de la fecha de la baja _____
Días cotizados⁽¹⁾ _____
Base reguladora (A). Promedio diario⁽²⁾ _____
b) Cotización año anterior por horas extraordinarias y otros⁽³⁾ _____
Base reguladora (B). Promedio diario⁽⁴⁾ _____
En contrato a tiempo parcial⁽⁵⁾ / _____
En trabajadores fijos discontinuos⁽⁶⁾ _____
TOTAL BASE REGULADORA DIARIA⁽⁷⁾ _____

A CUMPLIMENTAR SÓLO EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DEL CARBÓN

Categoría profesional _____
Grupo _____
FECHA Y FIRMA _____

NOTAS ACLARATORIAS

- (1) Si percibe retribución mensual se hará constar 30 días, si no, los días a que corresponda la cotización.
- (2) Se obtiene dividiendo la Base de cotización por los días cotizados.
- (3) Incluye conceptos no prorrateados en las bases mensuales de cotización.
- (4) Se obtiene dividiendo la base reguladora (B) por 365 días.
- (5) Suma de las bases de cotización de los 3 meses anteriores a la fecha de la baja, dividida entre el núm. de días a que corresponden.
- (6) Tipo de jornada en relación con la normal y días trabajados.
- (7) Se obtiene sumando las bases reguladoras A y B.

ANEXO III
RESOLUCIÓN DEL “SINDROME
ARDYSTIL”

**RESOLUCION de 30 de diciembre de 1993, de la
Secretaría General para la Seguridad Social, por la que
se considera provisionalmente como enfermedad profesional la detectada en industrias del
sector de aerografía textil de la Comunidad Autónoma Valenciana.**

Se ha venido planteando la cuestión del tratamiento que debería darse a la enfermedad contraída por diversos trabajadores pertenecientes a determinadas empresas del sector de la aerografía textil de la Comunidad Valenciana, también conocida como «Síndrome de Ardystil» o «Neumopatía intersticial difusa».

Han sido varias las iniciativas y trámites emprendidos en el curso de los últimos meses, tendentes a ofrecer posibles soluciones a esta cuestión, dada, ante todo, la dificultad de su encuadramiento como enfermedad profesional al haber estado pendiente la determinación del agente causante de dicha enfermedad.

Realizadas las oportunas verificaciones, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo desaconsejó en este caso concreto la modificación de la vigente lista de enfermedades profesionales establecida por el Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo, entendiéndose que a través de la misma es perfectamente posible dar solución a la cuestión suscitada.

A este respecto, se debe resaltar que la vigente lista de enfermedades profesionales, aprobada por el Real Decreto citado, supuso la supresión de la rigidez característica de la normativa a la que vino a suceder, pues eliminó el requisito de que para catalogar una enfermedad como profesional, ésta, además de tener su causa en uno de los agentes enfermantes listados, hubiera de derivarse también del ejercicio de actividades previamente determinadas. En este sentido, el Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo, permite considerar como enfermedades profesionales las contraídas en el ejercicio de otras actividades distintas a las contempladas en la expresada lista.

Por todo ello, y aun cuando todavía no ha resultado posible determinar en concreto el agente causante de la enfermedad, se puede afirmar que:

- En las empresas de aerografía textil donde se contrajo la citada enfermedad se encontraban presentes diversos agentes químicos (aminas, éteres, glicoles e hidrocarburos alifáticos halogenados), todos ellos recogidos en la lista de enfermedades profesionales vigente [en diversos números del apartado A) del Real Decreto 1995/1978, referente a enfermedades profesionales producidas por agentes químicos], por lo que no existe impedimento jurídico para entender que, a falta de precisar en concreto el agente enfermante, los efectos nocivos que resultan, han de ser considerados como constitutivos de enfermedad profesional.

- Sin perjuicio de lo anterior, la citada enfermedad podría también encontrar su encaje en el número 6 del apartado C) del Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo, en el que se encuadra de forma genérica a las «enfermedades causadas por irritación de las vías aéreas superiores por inhalación o ingestión de polvos, líquidos, gases o vapores».

De este modo, por una u otra vía, resulta posible entender incluida la enfermedad en cuestión en la vigente lista de enfermedades profesionales, al considerarse más adecuada esta solución que la relativa a la modificación de la vigente lista de enfermedades profesionales. Razón a la que contribuye la referencia a la cautela con la que en esta materia se opera en el ámbito internacional, en el sentido de proceder sólo a la ampliación de la lista vigente cuando se haya constatado debidamente el agente enfermante y su relación con causalidad con determinado ámbito laboral.

Por todas las razones apuntadas, y hasta tanto se determine en concreto el agente causante de dicha enfermedad, esta Secretaría General para la Seguridad Social, con la finalidad de aclarar e interpretar el alcance de lo previsto en el Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo, previo informe del Ministerio de Sanidad y Consumo, y en virtud de las competencias establecidas en el artículo 13 del Real Decreto 530/1985, de 8 de abril, resuelve:

Primero. - Declarar que la enfermedad detectada en industrias del sector de aerografía textil de la Comunidad Autónoma Valenciana, también conocida como «Síndrome de Ardystil» o «Neumopatía intersticial difusa», en tanto se determina el agente desencadenante de la misma y se pueda proceder a su definitiva calificación, ha de ser considerada provisionalmente, a todos los efectos, como enfermedad profesional.

Segundo - Lo dispuesto en el apartado anterior será de aplicación a todos los supuestos que, cualquiera que fuese la fecha de su manifestación, deriven del síndrome señalado.

Tercero, - La presente Resolución entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 30 de diciembre de 1993.

El Secretario general para la Seguridad Social,

Adolfo Jiménez Fernández.

Ilmos. Sres. Directores generales de Planificación y Ordenación Económica de la Seguridad Social, de Orden Jurídica y Entidades Colaboradoras de la Seguridad Social, de las Entidades Gestoras de la Seguridad Social, Tesorería General de la Seguridad Social y Directores provinciales del Departamento.

ANEXO IV
JURISPRUDENCIA

AS 1999\4327

Sentencia Tribunal Superior de Justicia País Vasco núm. 2936/1999 (Sala de lo Social), de 30 noviembre

Jurisdicción: Social

Recurso de Suplicación núm. 1818/1999.

Ponente: Ilmo. Sr. D. Manuel Díaz de Rábago Villar.

Texto:

En la Villa de Bilbao, a treinta de noviembre de mil novecientos noventa y nueve.

La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la comunidad autónoma del País Vasco, formada por los Ilmos. Sres. **Manuel Díaz de Rabago Villar**, presidente, **D. Florentino Eguaras Mendiri** y **D^a Garbiñe Biurrun Mancisidor**, magistrados, ha pronunciado

EN NOMBRE DEL REY

la siguiente

SENTENCIA

En el recurso de suplicación interpuesto por **María Luisa A. A.** contra la Sentencia del Juzgado de lo Social núm. 4 (Donostia) de fecha quince de abril de mil novecientos noventa y nueve, dictada en proceso sobre **enfermedad común (ECO)**, y entablado por **María Luisa A. A.** frente a **Tesorería General de la Seguridad Social y Instituto Nacional de la Seguridad Social**.

Es ponente el Ilmo. Sr. magistrado D. **Manuel Díaz de Rabago Villar**, quien expresa el criterio de la Sala.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La única instancia del proceso en curso se inició por demanda y terminó por Sentencia, cuya relación de hechos probados es la siguiente:

I.-Doña M^a Luisa A. A. viene prestando sus servicios para Osakidetza, en el centro de trabajo que ésta tiene en el hospital de Mendaro desde el año 1990, sin que conste la fecha exacta de su antigüedad, siendo su categoría profesional la de ATS, y consistiendo las tareas de su puesto de trabajo en pasar a los pacientes de las consultas externas de oftalmología y preparar los ojos de los pacientes para su exploración por el médico.

II.-Desde el año 1993 doña M^a Luisa A. A. ha permanecido en situación de incapacidad temporal con cargo a la contingencia de enfermedad común durante los siguientes períodos, del 3 de enero de 1993 al 17 de enero de 1993, del 7 de mayo de 1994 al 19 de noviembre de 1994 y del 1 de abril de 1996 al 13 de mayo de 1996, y entre el 19 de noviembre de 1994 y el 16 de enero de 1995 permaneció en situación de incapacidad temporal con cargo a la contingencia de enfermedad profesional.

III.-El 31 de marzo de 1998 doña M^a Luisa A. A. inició un expediente administrativo en demanda de que le fuera reconocida una situación de incapacidad permanente siendo resuelto el mismo mediante Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 20 de mayo de 1998, en la cual se reconocieron a doña María Luisa A. A. las siguientes lesiones:

"hipersensibilidad al látex diagnosticada en 1993. Fuera del contacto personal y ambiental al látex, sin crisis de broncoespasmo. Restricción para el uso de guantes de látex. Usa guantes de vinilo"; considerando que las mismas no

eran constitutivas de ningún grado de invalidez.

IV.-Doña M^a Luisa A. A. padece en la actualidad las siguientes lesiones: "hipersensibilidad al látex diagnosticada en 1993".

V.-Las lesiones que padece doña M^a Luisa A. A. le producen los siguientes déficit funcionales: "rinitis y asma en contacto con el látex y fuera del contacto con esta sustancia no tiene crisis de broncoespasmo".

VI.-La base reguladora de doña M^a Luisa A. A. es de 278.100 pesetas.

VII.-Se ha realizado la previa reclamación administrativa, habiendo sido la misma desestimada mediante Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 8 de julio de 1998.

SEGUNDO.- La parte dispositiva de la Sentencia de instancia dice:

«Que desestimo la demanda, declaro que doña M^a Luisa A. A. no se encuentra afectada a una situación de incapacidad permanente parcial derivada de enfermedad profesional, debiendo las partes pasar por esta declaración; y absuelvo al Instituto Nacional de la Seguridad Social y a la Tesorería General de la Seguridad Social de los pedimentos de la demanda».

TERCERO.- Frente a dicha Resolución se interpuso el recurso de suplicación, que fue impugnado por la parte recurrida.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- A) Doña M^a Luisa ejerce la profesión de enfermera. Lo hace, al menos desde 1990, en el hospital de Mendara. En 1993 se le diagnostica hipersensibilidad al látex, que le ocasiona crisis de broncoespasmo al contacto personal o ambiental con dicho producto. El puesto que desempeña últimamente es en consultas externas de oftalmología, en el que usa guantes de vinilo, pero no puede usar los de látex, lo que reduce el campo de su actividad profesional como enfermera, al no poder desempeñar los puestos en los que resulta imprescindible el uso de esa clase de guantes, como los de cirugía, por ser una barrera muy eficaz contra agentes contaminantes. El INSS la declaró no afectada de invalidez permanente en grado alguno el 20 de mayo de 1998. El Juzgado de lo Social núm. 4 de Gipuzkoa-Donostia, en Sentencia de 15 de abril de 1999, ha desestimado la demanda que doña M^a Luisa interpuso el 13 de agosto del año anterior pretendiendo se la reconociera en situación de incapacidad permanente parcial por enfermedad profesional, con derecho a una indemnización equivalente a 24 mensualidades de su base reguladora de 278.100 pesetas.

Disconforme con dicho pronunciamiento, la demandante recurre en suplicación, ante esta Sala, a fin de que se cambie por otro que estime su pretensión, para lo que alega, esencialmente, que concurre la situación tipificada en el art. 137.3 LGSS (RCL 1994-1825) como incapacidad parcial (motivo segundo), máxime si tenemos en cuenta que ha de completarse el alcance de sus secuelas en el sentido de estimar que debe evitar ambientes con partículas de látex, como lo recoge el informe del hospital de Mendara y la prueba pericial médica practicada en juicio (motivo primero).

La parte demandada se ha opuesto al recurso.

B) La *incapacidad permanente parcial* viene definida en nuestras leyes vigentes en la fecha de la situación invalidante discutida en el litigio -concretamente, en el número 3 del art. 137 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social aprobado por RDLeg 1/1994, de 20 de junio, en relación con el contenido de los números 1 y 3 de su art. 134-, como la situación del trabajador que, por enfermedad o accidente, presenta unas reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que no le impiden seguir realizando las tareas esenciales de su profesión habitual pero le ocasionan una disminución en su rendimiento superior al 33% del normal en ésta.

Situación que es indemnizada en cuantía que suele resultar sustanciosa, al venir determinada por una cantidad equivalente a 24 mensualidades de la base reguladora de la prestación de incapacidad temporal y, por tanto, cercana al importe de dos anualidades del salario que el trabajador afectado tenía en la fecha en que deja de trabajar por razón del accidente o enfermedad sufrido.

Repárese en que, según dicha normativa: a) lo que realmente se valora es la trascendencia que tienen las limitaciones con que definitivamente queda el trabajador en relación a su rendimiento profesional en el oficio que desempeña habitualmente, en tanto que carece de toda importancia, a estos efectos, lo que vaya a repercutir en otros aspectos de su vida ajenos al trabajo; b) que esa merma de capacidad laboral toma como módulo de referencia la profesión habitual, por lo que en nada se valora la influencia que pueda tener para el desarrollo de otras profesiones; c) que nuestro legislador señala la profesión habitual y no el concreto puesto de trabajo en que aquélla se viene ejerciendo, en inequívoca señal de que la valoración no ha de hacerse en función de las características de éste, sino en razón a las más generales de la profesión, ya que no se trata de compensarle por el concreto perjuicio que pueda tener de inmediato en la empresa en la que trabaje, sino por los que -con visión más a largo plazo- pueda ocasionar en el curso de su vida laboral, medible a través de la profesión.

Facilmente se aprecia que con esa tipificación, una misma secuela puede ser constitutiva de este grado de invalidez permanente en un trabajador y no en otro, pues dependerá de las características de la profesión que ejerzan.

Por último, ha de tenerse en cuenta que el sistema actualmente en vigor dispone que los déficit con que el afectado quede, si no llegan a constituir ese grado de invalidez permanente y provienen de accidente de trabajo o enfermedad profesional -no, por tanto, si tienen su causa en una enfermedad o accidente no laboral- serán indemnizados conforme a una lista o baremo, en el que se asignan determinadas cantidades según el tipo de lesión (aquí, ya, al margen de toda relación con la profesión habitual), de cuantías muy inferiores a las que normalmente suelen resultar como indemnización derivada de la incapacidad permanente parcial (art. 150 LGSS).

Criterio legal a considerar para el enjuiciamiento de la pretensión discutida en estos Autos, que da lugar, así mismo, a que, en ocasiones, pequeñas diferencias en los déficit con que han quedado dos trabajadores, incluso de la misma profesión, lleven consigo sustanciales variaciones en las indemnizaciones a que uno y otro tienen derecho o, incluso, que uno resulte acreedor a una compensación económica de cierta importancia y el otro carezca de derecho a ser indemnizado.

C) Tipo legal en el que encaja, como anillo al dedo, la situación de doña M^a Luisa, dado que el modo de determinar si concurre tal situación no es, como ha hecho el Juzgado, en función de las peculiaridades de su puesto de trabajo, sino en atención a las consecuencias que sus secuelas le producen en orden a poder desarrollar su profesión habitual de enfermera. Efectos que, en un caso como el suyo, son claramente reveladores de una pérdida muy notable de capacidad laboral para el desempeño de dicha profesión, dado que *no está en condiciones de poder desempeñar los puestos de enfermera en los que resulta indispensable el uso de guantes de látex*, como son todos aquellos relacionados con la cirugía, bien en quirófano, bien en los servicios hospitalarios destinados al cuidado de enfermos intervenidos.

La pretensión de su demanda se ajustaba a derecho. El Juzgado, por tanto, debió acogerla. No resolvió así el litigio, incurriendo en la concreta infracción denunciada por doña M^a Luisa en el segundo motivo de su recurso, con la consiguiente estimación de éste. Tal es la razón de su éxito, y no la omisión que se denuncia en el motivo primero, inexistente (como las mismas demandadas lo señalan), dado que se contiene implícitamente en el relato de hechos probados del Juzgado, al recoger la aparición de las crisis de broncoespasmo al contacto con el látex, sin limitación alguna, lo que implica no sólo el de origen dérmico sino también el que tiene lugar por vía respiratoria.

SEGUNDO.- La estimación, total o parcial, del recurso de suplicación implica que no haya parte vencida en el mismo, a efectos de imponer el pago de las costas generadas en el mismo a alguno de los litigantes, de conformidad con el criterio sentado por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo (Sentencia de 12 de julio de 1993 [RJ 1993 :5970]) interpretando el exacto alcance de lo dispuesto en el art. 233.1 de la Ley de Procedimiento Laboral (RCL 1995 :1144 y 1563).

FALLAMOS

Se estima el recurso de suplicación interpuesto por la representación legal de doña M^a Luisa A. A. contra la Sentencia del Juzgado de lo Social núm. 4 de Gipuzkoa-Donostia, de 15 de abril de 1999, dictada en sus autos núm. 458 1998, seguidos a instancia de la hoy recurrente, frente al Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería General de la Seguridad Social, sobre grado de invalidez permanente. En consecuencia, con revocación de su pronunciamiento y estimación plena de la demanda interpuesta por doña M^a Luisa, declaramos que se encuentra en situación de incapacidad permanente parcial derivada de enfermedad profesional, con derecho a una indemnización de 6.674.400 ptas., a cargo del Instituto Nacional de la Seguridad Social, condenando a los demandados a su pago.

Notifíquese esta Sentencia a las partes y al Ministerio Fiscal.

Una vez firme lo acordado, devuélvanse las actuaciones al Juzgado de lo Social de origen para el oportuno cumplimiento.

Así por esta nuestra Sentencia, definitivamente juzgado, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACION. Dada, leída y publicada fue la anterior Sentencia por el mismo Juez que la dictó, estando celebrando audiencia pública en el mismo día de su fecha, de lo que yo el secretario doy fe.

ADVERTENCIAS LEGALES

Contra esta Sentencia cabe recurso de casación para la unificación de doctrina ante la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, que necesariamente deberá prepararse por escrito firmado por Letrado dirigido a esta Sala de lo Social y presentado dentro de los 10 días hábiles siguientes al de su notificación.

Además, si el recurrente hubiere sido condenado en la Sentencia, deberá acompañar, al **preparar** el recurso, el justificante de haber ingresado en la cuenta de depósitos y consignaciones abierta en el BBV e e número... a nombre de esta Sala el importe de la condena, o bien aval bancario en el que expresamente se haga constar la responsabilidad solidaria del avalista. Si la condena consistiere en constituir el capital- coste de una pensión de Seguridad Social, el ingreso de éste habrá de hacerlo en la Tesorería General de la Seguridad Social y una vez se determine por éstos su importe, lo que se le comunicará por esta Sala.

El recurrente deberá acreditar mediante resguardo entregado en la Secretaría de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo al tiempo de la personación, la consignación de un depósito de 50.000 ptas. en la entidad de crédito BBV e c... Madrid, Sala Social del Tribunal Supremo.

Están exceptuados de hacer todos estos ingresos las entidades públicas, quienes ya tengan expresamente reconocido el beneficio de justicia gratuita o litigasen en razón a su condición de trabajador o beneficiario del régimen público de la Seguridad Social (o como sucesores suyos), aunque si la recurrente fuese una entidad gestora y hubiese sido condenada al abono de una prestación de Seguridad Social de pago periódico, al anunciar el recurso deberá acompañar certificación acreditativa de que comienza el abono de la misma y que lo proseguirá puntualmente mientras dure su tramitación.

AS 2003\2263

Sentencia Tribunal Superior de Justicia País Vasco (Sala de lo Social, Sección Unica), de 25 marzo 2003

Jurisdicción: Social

Recurso de Suplicación núm. 344/2003.

Ponente: Ilma. Sra. D^a. María José Hernández Vitoria.

ACCIDENTES DE TRABAJO: concepto y requisitos: determinación y supuestos; enfermedades comunes contraídas con motivo de la realización del trabajo: estimación: trastornos mentales-estrés: cuadro de ansiedad y depresión: acoso en el trabajo: «mobbing».

El TSJ desestima el recurso de suplicación interpuesto por «Pakea, Mutua Patronal de Accidentes de Trabajo» codemandada, contra la Sentencia de 23-10-2002 del Juzgado de lo Social núm. 2 de los de San Sebastián, dictada en autos promovidos en materia de determinación de contingencia causante de IT.

Texto:

En la Villa de Bilbao, a 25 de marzo de 2003.

La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma del País Vasco, formada por los Ilmos. Sres. DON PABLO SESMA DE LUIS, Presidente, en funciones. DON MODESTO IRURETAGOYENA ITURRI y DOÑA MARIA JOSE HERNANDEZ VITORIA, Magistrados, ha pronunciado

EN NOMBRE DEL REY

la siguiente

SENTENCIA

En el recurso de suplicación interpuesto por «PAKEA MUTUA PATRONAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO» contra la sentencia del Juzgado de lo Social nº 2 de San Sebastián de fecha veintitrés de octubre de dos mil dos, dictada en proceso sobre DETERMINACION DE LA CONTINGENCIA, y entablado por Asunción frente a PAKEA-MUTA PATRONAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA S.S. y AYUNTAMIENTO DE SAN SEBASTIAN.

Es Ponente la Ilma. Sra. Magistrada Doña MARIA JOSE HERNANDEZ VITORIA, quien expresa el criterio de la Sala.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO La única instancia del proceso en curso se inició por demanda y terminó por sentencia, cuya relación de hechos probados es la siguiente:

«1) La actora, Doña Asunción, con DNI NUM000, está afiliada al Régimen de la Seguridad Social, con el número NUM001 y nació en día 27-1-1967.

2º) Presta servicios como policía municipal-motorista del Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián y desde el 14 de septiembre de 2001, en que inició una situación de baja por enfermedad, permanece en situación de incapacidad temporal. el Ayuntamiento de San Sebastián tiene concertada la cobertura de los riesgos profesionales con la Mutua Pakea.

3º) La causa de la baja por enfermedad, cursada como enfermedad de origen común, es un trastorno ansioso depresivo, que la actora estima debido a motivos laborales y que la Mutua niega responda a contingencia de carácter laboral.

4º) La prueba documental muestra la historia de bajas por enfermedad cursadas entre 2-10-1995 y la última, de 14-9-2001. Hasta esta última, no existe diagnóstico de enfermedad psíquica de la actora. Tampoco constan en el expediente del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, ni la Mutua ha registrado antecedentes de tratamiento alguno por causa de enfermedad o accidente de origen laboral de carácter psíquico.

5º) Desde el 14-9-2001 se han emitido por los servicios de salud del Departamento de Sanidad varios informes médicos en los que el diagnóstico clínico es de trastorno ansioso-depresivo y en su génesis se constata, con valor de factor desencadenante, una situación de estrés laboral continuado, que ha llevado al agotamiento del sistema psíquico. Así aparece en los informes del psiquiatra-jefe del Centro de Salud Mental de Donostia-Este, dependiente del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, de fechas 29 de octubre de 2001 y 20 de febrero de 2002.

El mismo diagnóstico emite la psicóloga clínica, Doctora Jesús Ángel, en sus informes de 8 de noviembre de 2001 y de 22 de diciembre de 2001. En este segundo, aunque observa una ligera mejoría en su estado psicológico, no ve viable la posibilidad de una vuelta al trabajo que provocaría una reactivación en su sintomatología.

Todos los anteriores informes son coincidentes en cuanto a la terapia a seguir aconsejando un cambio del puesto de trabajo desencadenante de su alteración psicológica.

6º) La representante procesal de la Mutua Pakea alega que el origen de la enfermedad que aqueja a la actora sea profesional y para ello aporta un informe del perito médico Doctor Carlos Ramón que, sobre la base de los antecedentes que obran en la Mutua, contiene consideraciones de carácter general acerca de los pacientes con trastorno ansioso-depresivo provocado por estrés laboral. Conforme a dichas consideraciones, en estos pacientes existe una predisposición genética o de trastornos neuroquímicos, neurofisiológicos o neuroendocrinos que conforman la personalidad de cada individuo y de la reacción psíquica de cada uno ante situaciones que pueden considerarse semejantes».

SEGUNDO La parte dispositiva de la Sentencia de instancia dice:

«Que, estimando la demanda interpuesta por Asunción contra PAKEA MUTUA PATRONAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO, OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD, INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, AYUNTAMIENTO DE SAN SEBASTIAN y TESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL sobre DETERMINACION DE CONTINGENCIA, debo declarar y declaro que la incapacidad temporal que padece deriva de accidente laboral, por lo que se condena a la Mutua Pakea, al Instituto Nacional de la Seguridad Social y a la Tesorería General de la Seguridad Social, así como al Ayuntamiento de San Sebastián y a Osakidetza, a estar y pasar por esta declaración con los efectos legales inherentes, y condeno a la Mutua Pakea a la asunción de las responsabilidades asistenciales y económicas que este reconocimiento deriven».

TERCERO Frente a dicha resolución se interpuso el recurso de Suplicación, que fue impugnado de contrario.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO La Sra. Asunción, policía municipal en el ayuntamiento de San Sebastián, inició baja laboral el día 14-9-01 cuyo origen se atribuyó a enfermedad común. La trabajadora formuló demanda solicitando que se considerara derivada de accidente laboral, recayendo sentencia estimatoria del juzgado de lo social nº 2 de la citada ciudad de fecha 23-10-02.

La Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales condenada al pago de la correspondiente prestación recurre en suplicación con amparo en los apdos. b) y c) del art. 191 LPL (RCL 1995, 1111, 1563).

SEGUNDO La citada Mutua pide añadir en el quinto de los hechos declarados probados que la patología psíquica que padece la trabajadora se debe a una situación de acoso en el trabajo por parte de un superior jerárquico, pretendiendo de este modo demostrar que estamos ante un supuesto del denominado «mobbing» cuya apreciación requiere la concurrencia de una serie de requisitos que se trata de argumentar no concurren en el presente supuesto.

La petición indicada se rechaza, toda vez que lo que se enjuicia en este proceso es si una baja laboral puede o no calificarse como accidente laboral, y para ello se requieren unos presupuestos que vienen configurados por la propia legislación de seguridad social, no por otras figuras judiciales como la que menciona la recurrente.

TERCERO La magistrada de instancia ha basado su decisión de calificar el proceso de incapacidad temporal iniciado el 14-9-01 como derivado de accidente laboral en el siguiente razonamiento: el art. 15.1 LGSS (RCL 1994, 1825) establece un concepto expansivo de accidente laboral en cuya virtud existe la presunción de que esta clase de riesgo incluye no sólo los directamente producidos por causa laboral sino también los sufridos con ocasión o a consecuencia del trabajo. Esta presunción se dice no ha sido destruida en el caso presente porque no se ha acreditado que antes de la baja laboral cuyo origen se discute existiesen en la trabajadora antecedente alguno de enfermedad mental o psíquica, ni predisposición genética o trastorno (neuroquímicos, neurofisiológicos o neuroendocrinos) que predispusieran a su padecimiento, añadiendo que «aunque así fuera, tampoco bastaría por sí sólo para romper la presunción de laboralidad, salvo que pudiera atribuirse la enfermedad en exclusiva y de manera determinante y excluyente de otros factores a la herencia genética o a factores endógenos totalmente desvinculados del mundo laboral».

Esta interpretación se cuestiona por la parte recurrente, quien alega indebida aplicación del art. 115 LGSS (sin especificar a cuál de los apartados de este precepto se refiere), basándose en que no ha quedado acreditado el acoso en el trabajo que la Sra. Asunción dice sufrir, lo que supone que tampoco puede haber relación causa-efecto entre un acoso laboral inexistente y la situación de crisis psicológica temporalmente incapacitante derivada de ese acoso.

A criterio de este Tribunal Superior de Justicia la tesis que sustenta la juzgadora de instancia en una parte resulta admisible y en otra no. La parte que no se puede compartir se refiere a la posibilidad de aplicar la presunción que establece el apdo. 3 del art. 115. LGSS a todos los supuestos que se puedan calificar legalmente como accidente laboral. Para defender esta afirmación hemos de considerar, por una parte, la diferencia de supuestos de accidente laboral que se contemplan en el citado art. 115 LGSS y, de otra, el diferente régimen de prueba que, en orden a la apreciación de su carácter laboral, resulta aplicable en las diferentes categorías de accidente laborales.

En torno a esa primera cuestión vemos que, examinando la estructura del art. 115 LGSS, es obligado distinguir: A) En su apartado 1, una regla general según la cual 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. B) En su apartado 2, una serie de supuestos que no tienen encaje en el apartado anterior, pese a lo cual se consideran accidente de trabajo, siendo uno de ellos (apdo. 2 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». C) En su apartado 3, una presunción según la cual «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 de trabajo».

En torno a la segunda cuestión indicada es posible distinguir tres categorías diferentes: A) los accidentes en sentido estricto (lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita y externa acaecida en el tiempo y lugar de trabajo); B) las enfermedades profesionales (las establecidas en el art. 116 LGSS, el cual remite al RD 1995/78 (RCL 1978, 1832)); C) las «enfermedades del trabajo» (sentencia del Tribunal Supremo de 15 julio 1992 [RJ 1992, 5622]), en cuanto todas ellas participan de los elementos que establece el art. 115.1 de la Ley General de la Seguridad Social.

La diferencia esencial entre estas tres categorías que se acaban de mencionar radica, en lo que se refiere a materia de prueba, en que la primera de ellas es la única que se beneficia de la presunción establecida en el apdo. 3 del art. 115 LGSS, tal como destaca la sentencia de casación para unificación de doctrina de fecha 7/2/01 (RJ 2001, 2148), con apoyo en las anteriores sentencias de 4/7/95 (RJ 1995, 5906), 21/9/96 (RJ 1996, 6766), 20/3/97 (RJ 1997, 2590), 14/12/98 (RJ 1998, 10507) y 11/7/00 (RJ 2000, 7409). En cuanto a las otras dos, debe decirse que cuando nos encontremos ante un supuesto recogido en el listado de enfermedades establecido en el Decreto 12 mayo 1978, dictado en desarrollo del art. 116 LGSS, existirá una presunción legal de que dicha patología es de carácter profesional, mientras que en los supuestos del art. 115.2 e) no existirá dicha presunción, de modo que la calificación como accidente laboral de una de estas enfermedades depende de la prueba que articule quien reclama el reconocimiento de ese riesgo laboral, con la particularidad de que esa prueba no sólo debe alcanzar al nexo entre trabajo y lesión, sino, además, al carácter exclusivo del trabajo como causa determinante de la enfermedad.

Sobre la necesidad de que exista tal prueba manifiesta la sentencia de casación para unificación de doctrina

de fecha 4/7/95 que «La Sala, deliberando sobre la cuestión debatida, atiende a la doctrina mantenida en la Sentencia dictada por ella, de 24 septiembre 1992 (RJ 1992, 6810), que exige una relación de causalidad, ya que en su fundamento segundo, punto 2) dice: «Las enfermedades que tienen su causa en la ejecución del trabajo se consideran accidentes de trabajo en el artículo 84.2.e) de la Ley General de la Seguridad Social y la diferencia entre la contemplada en este artículo y la "listada" del artículo 85, no afecta a aspectos esenciales de la definición legal, sino a determinados aspectos accesorios de la misma, como el de la prueba del nexo causal lesión/trabajo, que es necesaria en el supuesto del artículo 84.2.e) de la Ley General de la Seguridad Social». Por su parte este Tribunal Superior de Justicia ha sostenido (sentencia de fecha 27/3/01 [AS 2001, 4389]) que «en el concreto caso de las enfermedades contraídas por razón del trabajo, se dispone, de forma expresa, que únicamente tendrán esa calificación cuando se demuestre que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo (art. 115-2-e LGSS). Con ello, nuestro ordenamiento ha querido que no se califiquen como accidentes de trabajo aquellas enfermedades en las que el trabajo ha sido uno más de los elementos que ha contribuido a causarlas...».

CUARTO Aplicando cuanto se acaba de manifestar al caso presente resulta que no cabe que se parta de la base de que existe una presunción de laboralidad en la afección que aqueja a la trabajadora, puesto que no se produjo en el tiempo ni en el lugar de trabajo. Este es el extremo en el que discrepamos del criterio de la juzgadora de instancia.

Pero, por lo que se refiere a la prueba realizada por la actora en orden a acreditar el origen laboral de su patología, sí participamos de la opinión de la magistrada «a quo», en la medida en que, de una parte, la conexión entre el trabajo y la afección incapacitante resulta acreditada de los datos recogidos en el quinto de los hechos declarados probados, de acuerdo con los diversos informes emitidos por varios Departamentos médicos del Servicio Vasco de Salud; de otro lado, el carácter exclusivo del origen laboral en la repetida afección psicológica resulta del hecho de que no consta ningún otro factor distinto al propio trabajo como posible factor que haya podido coadyuvar a la aparición de aquélla.

Se cumplen, por tanto, los presupuestos exigidos para calificar una enfermedad común como derivada de accidente laboral. Y, al haberlo declarado así la sentencia recurrida, procede su íntegra confirmación.

QUINTO Con la consiguiente pérdida por parte de la recurrente del depósito efectuado para recurrir, al que se dará el destino que corresponda cuando la presente sentencia sea firme (art. 202.4 LPL [RCL 1995, 1144, 1563]). Así como el abono de los honorarios de los letrados de las partes que procedieron a la impugnación del recurso (art. 233.1 LPL), fijándose los mismos, de acuerdo con la entidad de los argumentos respectivamente sostenidos, en 30 euros en el caso del letrado del Ayuntamiento de San Sebastián, y en 150 euros en el del letrado de la Sra. Asunción.

FAJLAMOS

Desestimamos el recurso de suplicación interpuesto por «PAKEA MUTUA PATRONAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO», contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo social nº 2 de San Sebastián de fecha 23-10-02 promovidos por DOÑA Asunción frente al citado recurrente y el AYUNTAMIENTO DE SAN SEBASTIAN. En su consecuencia, confirmamos la sentencia de instancia. Acordamos la pérdida por parte de la recurrente del depósito efectuado para recurrir, al que se le dará el destino que corresponda cuando la presente sentencia sea firme. Con imposición de costas.

Notifíquese esta sentencia a las partes y al Ministerio Fiscal.

Una vez firme lo acordado, devuélvanse las actuaciones al Juzgado de lo Social de origen para el oportuno cumplimiento. Así, por esta nuestra Sentencia, definitivamente juzgado, lo pronunciamos, mandamos y firmamos. E/

PUBLICACION.- Leída y publicada fue la anterior sentencia en el mismo día de su fecha por el/la Ilmo. Sr. Magistrado Ponente que la suscribe, en la Sala de Audiencias de este Tribunal. Doy fe.

ADVERTENCIAS LEGALES.-

Contra esta sentencia cabe recurso de casación para la unificación de doctrina ante la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, que necesariamente deberá prepararse por escrito firmado por Letrado dirigido a esta

Sala de lo Social y presentado dentro de los 10 días hábiles siguientes al de su notificación.

Además, si el recurrente hubiere sido condenado en la sentencia, deberá acompañar, al preparar el recurso, el justificante de haber ingresado en la cuenta de Depósitos y Consignaciones abierta en el grupo Banesto (Banco Español de Crédito-Banco de Vitoria) cta. número 4699-000-66-0344/03 a nombre de esta Sala el importe de la condena, o bien aval bancario en el que expresamente se haga constar la responsabilidad solidaria del avalista. Si la condena consistiere en constituir el capital-coste de una pensión de Seguridad Social, el ingreso de éste habrá de hacerlo en la Tesorería General de la Seguridad Social y una vez se determine por éstos su importe, lo que se le comunicará por esta Sala.

El recurrente deberá acreditar mediante resguardo entregado en la secretaría de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo al tiempo de la personación, la consignación de un depósito de 300,51 euros en la entidad de crédito grupo Banesto (Banco Español de Crédito-Banco de Vitoria) c/c 2410-000-66-0344/03 Madrid, Sala Social del Tribunal Supremo.

Están exceptuados de hacer todos estos ingresos las Entidades Públicas, quienes ya tengan expresamente reconocido el beneficio de justicia gratuita o litigasen en razón a su condición de trabajador o beneficiario del régimen público de la Seguridad Social (o como sucesores suyos), aunque si la recurrente fuese una Entidad Gestora y hubiese sido condenada al abono de una prestación de Seguridad Social de pago periódico, al anunciar el recurso deberá acompañar certificación acreditativa de que comienza el abono de la misma y que lo proseguirá puntualmente mientras dure su tramitación.