

Título: PROCEDIMIENTOS PARA UNA MAYOR DECLARACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

Autor: Secretaría de Salud Laboral

0. Introducción

Las **enfermedades profesionales** se han convertido para la Secretaría de Salud Laboral en una línea de denuncia y reivindicación fundamental, sin desatender, por supuesto, los accidentes de trabajo. Estimamos que existe un amplio subregistro de aquellas enfermedades que debidas al trabajo tienen una manifestación crónica o diferida en el tiempo, es decir, cuando media un intervalo temporal desde la exposición al factor de riesgo hasta la manifestación del daño.

Hoy en día tendríamos que estar registrando los daños de todos los expuestos sin control en los años 60 y 70 del pasado siglo, a sustancias tales como el amianto; no obstante, la declaración de enfermedades profesionales disminuye; si cabe aún más como efecto de la vigente crisis.

Todo ello nos preocupa sobremanera, ya que lo que **no se conoce no se previene** y se mantienen las exposiciones a sustancias con efectos tan perniciosos como la generación de **cánceres**. De ahí el refuerzo que pretende la campaña promovida por **CC.OO.** con el nombre de “*Cáncer Cero en el trabajo*”.

Además, la vigente reforma laboral hace imprescindible que se reivindiquen como daños debidos al trabajo todas aquellas enfermedades que hoy se están solapando como enfermedad común, ya que para las patologías con efecto crónico que suponen periodos de baja y alta para su tratamiento y recuperación, si se consideran enfermedad común dejan al trabajador o trabajadora en una situación de debilidad en cuanto que se facilita su despido por causas objetivas, sin más motivación que esas ausencias reiteradas aún debidas a cuestiones justificadas por salud.

En cuanto a lo que queremos evidenciar, nos referimos: tanto a las “enfermedades profesionales”, como legalmente se entienden por la definición que de las mismas nos da el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social, como a las “enfermedades del trabajo” que en el mejor de los casos se gestionan como accidentes de trabajo, y a todas las “enfermedades relacionadas con el trabajo” que se deben a exposiciones en y por la actividad laboral.

Es frecuente que las enfermedades vinculadas con el trabajo se traten como enfermedad común o permanezcan en el anonimato. Así, **no** se ponen en evidencia sus orígenes y consecuencias y se nos escapan a los que estamos comprometidos en la prevención de riesgos laborales.

Por todo ello, os adjuntamos la siguiente información que incide en los sujetos que pueden y deben hacer aflorar esas enfermedades profesionales o del trabajo y que esperamos os pueda ser de utilidad.

1. Algunos conceptos previos. Contingencias profesionales

Concepto de enfermedad profesional. Art. 116 LGSS, RDL 1/1994

Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. La lista se recoge en el **RD 1299/2006**, de 10 noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. Así por la **Orden TAS/1/2007**, de 2 de enero.

Accidente de Trabajo. Art. 115.e. y f. LGSS, RDL 1/1994

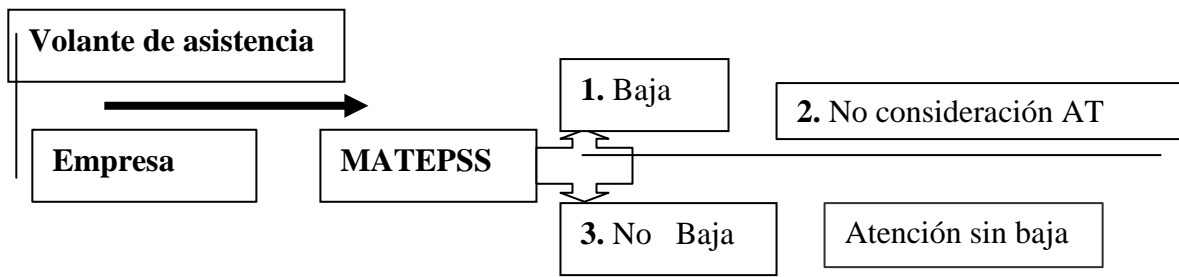
Las enfermedades, no incluidas en el artículo 116, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva¹ la ejecución del mismo.

Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

¹ **Demostrar que la causa es única y exclusiva resulta científicamente complicado, pero, ¿por qué no la referencia a “causa principal”?**

2. Procedimiento para la declaración de estas contingencia profesionales

Accidente de Trabajo:



La empresa **envía** al trabajador a su mutua, para que le atiendan en caso de daño en tiempo y lugar de trabajo y con probabilidad cierta de ocurrencia como consecuencia del trabajo realizado. Es la presunción del accidente de trabajo. Por ello el empresario o empleador facilita el “volante de asistencia” que presume el accidente de trabajo.

La Mutua tiene tres opciones: atiende a la persona y le da la baja, prescribe y facilita un tratamiento sin baja o no considera el daño como de origen profesional.

Si la situación se entiende como accidente de trabajo se realizará la tramitación por medio del programa informático **Delt@**, a través de **RED**. Es la empresa la que inicia, cumplimenta y remite a la mutua el parte de accidente, la mutua añade aquellos campos que le corresponden y valida ese parte, enviándole a la Autoridad Laboral de la Comunidad Autónoma del lugar donde ha ocurrido el accidente de trabajo. Tiempo **15 días** hábiles. Para los partes de accidente sin baja, se han de tramitar en los 5 días hábiles siguientes al mes vencido en el que se produjeron.

Regulación por la **Orden TAS/2926/2002**, de 19 de noviembre, por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de los accidentes de trabajo y se posibilita su transmisión por procedimiento **electrónico**.

Resolución de 26 de noviembre de 2002, de la Subsecretaría, por la que se regula la utilización del Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo (Delt@) que posibilita la transmisión por procedimiento electrónico de los nuevos modelos para la notificación de accidentes de trabajo.

La iniciativa, por tanto, parte de la EMPRESA. Quien tramita el parte por Delt@.

Es importante reseñar que **la empresa** es la que *facilita* el acceso a la atención como accidente de trabajo, ya que es la que extiende el “volante de asistencia”, que presume la existencia del accidente de trabajo y favorece que la mutua atienda a la persona².

Para evitar la situación expuesta en la nota al pie de página, hay que tener en cuenta que las acciones de asistencia sanitaria que realiza la mutua están vinculadas a la existencia de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional. Por tanto, y dado el carácter laboral del hecho, es preciso que sea la empresa, a través del volante de asistencia que facilita al trabajador, la solicitante del servicio. El requerimiento del citado volante, debidamente cumplimentado con firma y sello de la empresa contribuirá notablemente a mejorar la gestión y el control de las asistencias tanto por parte de la empresa, como por parte de la mutua y la entidad gestora (INSS).

En los casos en que el trabajador no realice la presentación del volante se realizarán los contactos oportunos con la empresa para su obtención, condicionando la asistencia a los factores de urgencia en cada caso. No pudiendo quedar **en ningún momento** una urgencia médica sin atender por motivos debidos a la gestión de dicho volante.

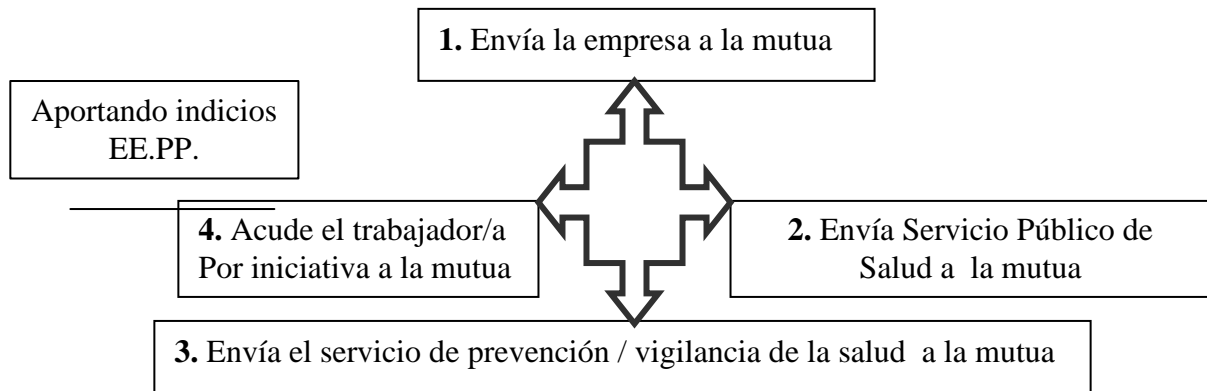
Tras la presentación de este volante, la empresa debe cumplimentar, además, el parte de accidente o incluir el hecho en la relación de casos sin baja, a no ser que los servicios médicos de la mutua determinen que se trata de patología no laboral. Si se trata de una enfermedad profesional, se cumplimentará el parte por la Mutua, con la colaboración de la empresa, de conformidad con la normativa vigente. Orden TAS/1/2007, de 2 de enero.

La no presentación del parte de accidente o de la relación de *no baja* por parte de la empresa podrá comportar la facturación de todos los gastos de asistencia sanitaria realizada con medios propios y ajenos por parte de la Mutua **a la empresa** que requirió la asistencia de la Mutua al emitir el volante de asistencia, fax o *e-mail*, siempre y cuando no se hubiera considerado en la anamnesis y pruebas oportunas que la contingencia determinante es contingencia común; en tal caso se remitirá a la persona, para que reciba asistencia de su sistema público de salud y será éste el que le atienda y asuma el tratamiento y sus consecuencias. Dejando claro que una persona que trabaja, es decir, activa y cotizante, no debe asumir personalmente ningún tratamiento asistencial de los que se encuentran en el catálogo del Sistema Nacional de Salud.

² Se da la situación que en ausencia de “volante de asistencia” hay centros sanitarios normalmente privados que prestan servicios a las mutuas que hacen firmar a los trabajadores un documento en el que le comprometen a pagar los servicios prestados si la empresa no respondiese con el parte de accidente por los mismos.

Enfermedad profesional:

Iniciación entrada al circuito:



¿Y el **volante de asistencia**?

En este caso la iniciativa para que el trabajador acuda a la mutua puede partir de la empresa, pero también de otras circunstancias ajenas a la misma; en estos casos no es la empresa que “verifica” la exposición, ya que ésta puede venir de situaciones anteriores a la labor en el actual empresa y por sustancias o elementos que no estén presentes entre los factores de riesgo y exposición del actual empleo.

En este caso hay circunstancias que juegan a nuestro *favor* y en *contra*:

Vamos a ver las diversas situaciones de las que derivan las consecuencias:

➡ Tanto la *derogada* Resolución de 16 de febrero de 2007, de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, por la que se dictaban instrucciones en materia de capitales coste y para la aplicación de los previsto en la disposición adicional primera de la Orden TAS/4054/2005, de 27 de diciembre. Derogada y sustituida por la **vigente** Resolución de 27 de mayo de 2009 de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, por la que se dictan instrucciones en materia de cálculo de capitales coste y sobre constitución por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social del capital coste correspondiente a determinadas prestaciones derivadas de enfermedades profesionales. Establece las responsabilidades que en prestaciones de INCAPACIDAD PERMANENTE y lesiones permanentes no invalidantes se dan:

- a) INCAPACIDAD PERMANENTE procedente de una situación de Incapacidad temporal: prestaciones IP para la mutua que tuviera las contingencias profesionales en la **fecha de la baja que inicie la IT** origen de la que ha sobrevenido la IP.
- b) RECAÍDAS, es decir, bajas consecutivas de un proceso anterior con igual diagnóstico y transcurriendo de baja a baja un periodo de tiempo de 6 meses ó menos: entidad responsable la que tuviera la cobertura por Contingencias Profesionales en la fecha de la baja médica que **inicia el proceso**.
- c) IP sin IT previa: responsabilidad para la entidad con cobertura contingencias profesionales en la fecha en el que el EVI (equipo de valoración de incapacidades) realiza el informe-propuesta que sirve al Director/a Provincial del INSS para resolver ese proceso de IP.
- d) IP proveniente de sectores de actividad con riesgo de enfermedad, si el trabajador está activo en actividad diferente donde no existe este riesgo: la responsabilidad de la prestación corresponderá a la mutua o entidad que cubría las contingencias profesionales **en el momento de cese en el último puesto de trabajo en el que existiese el riesgo** de enfermedad profesional que motivase la IP. Conexión con el art. 196 LGSS.
- e) Para incapacidades permanentes parciales y lesiones permanentes no invalidantes derivadas de enfermedad profesional, la responsabilidad será para la mutua que tuviese la cobertura de contingencia profesional en el momento del **hecho causante** de esas pérdidas anatómicas permanentes no invalidantes.
- f) Para incapacidades permanentes parciales y lesiones permanentes no invalidantes derivadas de enfermedad profesional, provenientes de una IT: será responsable la entidad que era **responsable del abono de la prestación de esa IT**.

Por tanto, en el momento de la declaración de la EE.PP. por la mutua en la que se tiene la cobertura por contingencias profesionales se pueden dar **entornos** que le suponen la capitalización de la prestación correspondiente en caso de IMS y otros en los que no. Frecuentemente declarar la EE.PP. supone crear el correspondiente capital coste que ofrezca la garantía al cobro de la prestación, de ahí la *resistencia* de la mutua a la declaración, bajo la perspectiva economicista que “si declaras has de pagar”. Pero pueden darse circunstancias en las que esto NO SEA ASÍ y por ello la declaración, fuera de la presión económica derivada de la misma, tendría que tener menos “resistencia”, como por ejemplo:

“Trabajador empleado por cuenta ajena en una tienda que vende flores al detalle, lleva 8 años en esta actividad. Estuvo previamente 12 años trabajando en una explotación minera. Siente

problemas respiratorios y acude a su médico de familia. Le refiere patología pulmonar con posible origen a la exposición a polvo de sílice. Acude a su mutua actual.

- *Inicia periodo de observación de la enfermedad profesional por exposición a sílice.*
- *Declara la enfermedad como profesional y tramita el parte por CEPROSS.*

¿Quién asumiría la prestación por IP?

En este caso la entidad que tenía la prestación por contingencias profesionales en el último empleo en el que estuvo la persona expuesta al riesgo de ambiente pulvígeno en explotaciones mineras. NO LA MUTUA ACTUAL que tiene las coberturas por contingencia profesional en la floristería. En este caso la mutua a la que accede el trabajador tendría menor “problema” (desde el punto de vista financiero) para iniciar la declaración de la enfermedad profesional, ya que inicia un procedimiento de EE.PP. que pagaría la anterior mutua...”

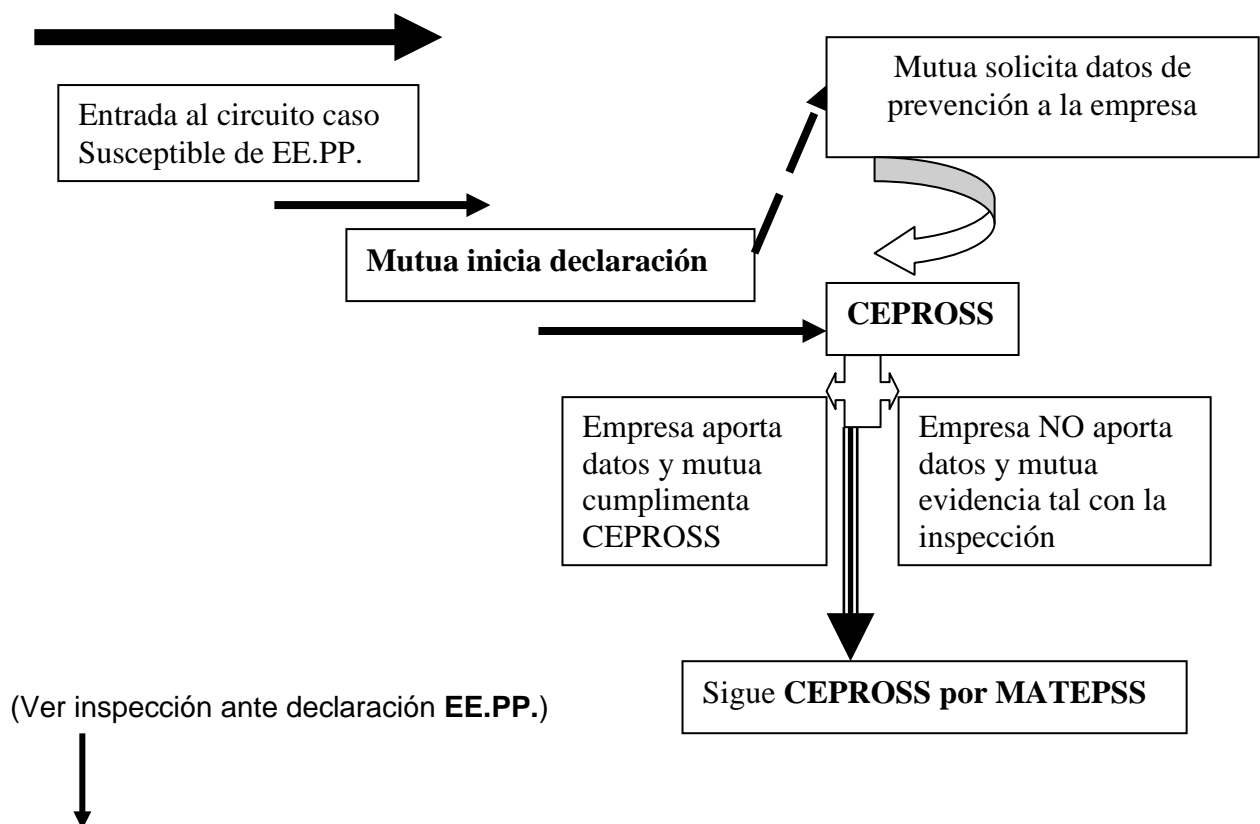
Hay que potenciar esta declaración y afloramiento de casos por parte de las mutuas. Pero no siempre estamos en situaciones como la referida, en la que la mutua actual que inicia la declaración cubre actividades en las que enfermedades profesionales sobre las que inicia la declaración **no constituyen un riesgo propio de la actividad** vigente para la que da la cobertura de contingencia profesional. Con respecto a este argumento y según los datos del observatorio de enfermedades profesionales, el 80 % de las enfermedades profesionales declaradas corresponden a EE.PP. del grupo 2, es decir, **agentes físicos**, donde se encuentran los Trastornos Músculo Esqueléticos (TME), que se dan en la mayor parte de las actividades laborales y, por tanto, cuya cobertura realiza la mutua en el momento actual que ha de iniciar la declaración de la enfermedad.

Aquí el dilema: quien declara, paga. Entonces se puede comprender, aunque no compartir, la reticencia por iniciar el trámite de declaración de la enfermedad profesional, ya que en caso de IP habría de capitalizar la prestación de IMS. En estos casos la empresa sí puede convenir con la mutua que declare o no la enfermedad como profesional: con las consecuencias que de ello puede derivar para la empresa como el recargo de prestaciones y la actuación inspectora, y la mutua con el deber de asumir el coste de la declaración de la EE.PP. que derive en IP y las subsiguientes prestaciones.

Pero, una idea que hay que poner en valor para favorecer la declaración de enfermedades profesionales y desdibujar el negro panorama del subregistro es que: de no derivarse de esa declaración de la enfermedad profesional una prestación económica y si la empresa **recoloca**

al afectado se puede beneficiar de una **bonificación** en cuotas de Seguridad Social por contingencia común de un 50 %³.

El parte de enfermedad profesional, con la normativa vigente ha salido del ámbito de actuación de la empresa y ha pasado al de la mutua. Así, pasado periodo de observación, 6 meses ó directamente si la mutua entiende la existencia de la enfermedad profesional inicia el procedimiento:



3. Criterios actuación Inspección de Trabajo en declaraciones de EE.PP.

Criterios que se siguen en las Inspecciones Provinciales de Trabajo para determinar las enfermedades profesionales comunicadas que se han de **investigar obligatoriamente**.

Siempre que se dé alguno de los supuestos que se indican a continuación, se realiza un informe por parte de la ITSS sobre las causas y circunstancias determinantes de la enfermedad profesional, así como respecto del resto del cumplimiento de las obligaciones empresariales en

³ Regulado en el **Artículo 5 del Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de IT.**

materia de prevención de riesgos laborales relacionadas con dicha enfermedad profesional, así como otras materias como la Seguridad Social, contratación, empleo, etc., pero vinculadas al trabajador afectado:

A. Se realiza informe sobre cualquier parte de enfermedad profesional en el que figure que el agente material pertenece a los **grupos 1** químico, **3** biológicos, **4** enfermedades producidas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros grupos; **5** enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros grupos; **6 carcinogénicos**.

B. En el caso de enfermedades causadas por **grupo 2 agentes físicos**, se tendrán en cuenta los siguientes criterios para seleccionar los mismos:

- a) Todos los referidos a trabajadores **menores de 18 años**.
- b) Todos los partes en los que el diagnóstico sea de **hipoacusia** o sordera provocada por el **ruido**.
- c) Los producidos por **vibraciones** mecánicas.
- d) Todos los provocados por **compresión o descompresión atmosférica**.
- e) Todos los provocados por exposición a **radiaciones ultravioletas**.
- f) Todos los provocados por **energía radiante**.

C. En cuanto al resto, se seleccionarán en el supuesto de que se dé alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Partes de enfermedad profesional de trabajadores **sin dar de alta** en la Seguridad Social
- b) Partes de enfermedad profesional de trabajadores con **contrato temporal**, si la misma no se puede vincular a un puesto de trabajo anterior en la misma o distinta empresa.
- c) Si se trata de un trabajador de una **ETT** o de una empresa **subcontratista**.
- d) Si del parte se desprende el incumplimiento de alguna obligación preventiva de la empresa.
- e) Si en el parte figura que se inicia un período de **Incapacidad Temporal** con una duración previsible superior a 15 días.
- f) Si ha habido o va a haber tratamiento hospitalario.
- g) Si ha habido recaídas.

D. En los casos en que en una empresa se produzca la presentación de una pluralidad de partes de enfermedad profesional, con el mismo o distinto diagnóstico, y siguiendo los criterios

anteriores no haya procedido la investigación de ninguno de ellos (sobre todo se piensa en los derivados de **movimientos repetitivos** y otros similares), el Jefe de la Inspección Provincial del Trabajo y Seguridad Social puede acordar las órdenes de servicio pertinentes al objeto de revisar las circunstancias en que se han generado dichas enfermedades profesionales, la organización preventiva de la empresa y el contenido de la evaluación de riesgos.

4. Otra iniciación de la declaración de la EE.PP. de oficio por el INSS: Resolución de 19 de septiembre de 2007

Resuelve PRIMERO:

Todos los expedientes tramitados por las **Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social** en materia de prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia que se resuelvan sin considerar como **enfermedad profesional** a la contingencia causante, pese a contarse con indicios que pudieran hacer presumir la existencia de dicha clase de patología, deberán ser **remitidos de forma inmediata a la correspondiente dirección provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social**, con el fin de que la misma cuente con información suficiente acerca de las razones en que se amparan las mencionadas resoluciones y pueda, en su caso, determinar la contingencia causante, así como resolver en el mismo sentido las posibles reclamaciones previas que presenten los interesados, de acuerdo con lo establecido en el párrafo segundo del ART. 71.2 del Texto Refundido de la Ley de Procedimiento Laboral, aprobado por el RDL 2/1995, de 7 de abril.

Resuelve SEGUNDO:

A los efectos indicados en el resuelve anterior, se entenderá que se cuenta con **indicios** que pudieran hacer presumir la existencia de una **enfermedad profesional**, cuando obren en el expediente partes emitidos por la propia entidad colaboradora en los que se hubiera consignado la existencia de dicha clase de patología, informes de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, de los servicios de prevención o de los servicios médicos de la empresa, o de otros organismos e instituciones con competencia en prevención y cobertura de las enfermedades profesionales que señalen a una de estas patologías como la contingencia causante, así como comunicaciones de los facultativos

del Sistema Nacional de Salud donde se manifieste la posible existencia de una enfermedad de las mencionadas características.

En todo caso, deberán remitirse al Instituto Nacional de la Seguridad Social todos los expedientes que correspondan a partes de enfermedad profesional comunicados mediante el sistema CEPROSS, establecido por la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de EE.PP., se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales, cuando se proceda a su cierre como procesos de enfermedad común o accidente de trabajo.

Las resoluciones que emitan las direcciones provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social determinando la naturaleza de la contingencia causante se comunicarán mediante el citado sistema **CEPROSS**.

5. Conclusiones

Vías de apertura de declaración EE.PP.:

- A) Mutua tras la visita por iniciativa del trabajador/a. Necesidad de aporte de informes.
- B) Mutua tras la observación del paciente por remisión por la empresa.
- C) Mutua por remisión a la misma del paciente por parte de:
 - a. Médico/a del servicio de prevención, propio o ajeno, que realiza la vigilancia de la salud.
 - b. Médico/a del sistema público de salud (atención primaria o especialidades).
- D) INSS tras recepción de informes por puesta en marcha de la Resolución de 19 de septiembre de 2007.
- E) INSS tras la recepción de un caso para Determinación de la Contingencia.

Que la declaración haya salido del ámbito de la empresa, para pasar a las entidades colaboradoras o mutuas, no ha propiciado una mayor declaración de enfermedades profesionales, sospechamos que en ello interviene que las mutuas hayan asumido desde 2006 (Orden TAS/4054/2005) la gestión económica de la IMS por enfermedad profesional y, por tanto, la capitalización de las prestaciones que van más allá de la incapacidad temporal. La interferencia económica, ante la perspectiva sanitaria y declaratoria, obstaculiza que puedan aflorar más enfermedades profesionales. Las entidades colaboradoras, que llevan a gala la

gestión privada de las prestaciones públicas, se atienen al principio economicista que lleva a ahorrar costes, por lo que es difícil que mientras se mantenga el apriorismo de “quien declara, paga” exista un mayor registro de enfermedades profesionales.

La inspección de trabajo y seguridad social tiene un procedimiento activo para las empresas en las que se declaran enfermedades profesionales, además el sistema de alerta denominado “CENTINELA” de la Seguridad Social, promueve actuaciones de control sobre las empresas que tienen 4 ó más casos declarados. Todo ello disuade de que las mutuas declaren y “ponga en la pista” las actuaciones de las Autoridades públicas en las empresas “*declarantes*”.

6. Acción sindical

- **Romper el binomio de “*quien declara, paga*”. Por ello se propone que quien inicie la declaración de la EE.PP. sea independiente a quien tiene que asumir el coste de las prestaciones por las mismas. De ahí el papel fundamental del INSS.**
- **Al INSS le ha de proveer de argumentos los sistemas públicos de salud. Son atención primaria y especializada los que atienden y costean las EE.PP. *vestidas de contingencia común*. Se impone un sistema de retorno o canon de compensación a las mutuas por lo que de ellas se atiende por los sistemas públicos de salud.**
- **Potenciar que las mutuas declaren EE.PP. de situaciones previas a su cobertura actual. Es posible en el 20 % de las enfermedades que no se hallan en el grupo 2.**
- **A los servicios de prevención ajenos hay que dotarles de mayor independencia respecto a quien les paga, para que puedan cumplir con su deontología profesional y propiciar más “*diagnósticos de sospecha*”, sin *temer* a su empresa cliente.**
- **Potenciar la Resolución de 19 de septiembre de 2007, propiciando que la mutua remita al INSS los casos que con pruebas desecha como EE.PP.**
- **Fomentar estudios e investigaciones que favorezcan la declaración y el incremento del Anexo II del RD 1299/2006. Así como los *indicios* del punto anterior.**
- **Recuperar el grupo de trabajo en la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo para el estudio de las calificaciones y grados en la gravedad de EE.PP.**
- **Favorecer la declaración de EE.PP. aún sin prestación, donde se recoloque, se bonifique a la empresa y así afloren casos sobre los que intervenir en prevención.**