
**Daño laboral y PRL.
Revisión legislativa nacional
e internacional. Repercusión
socio-económica y laboral.
Aplicación práctica a los procesos
de columna lumbar**

**M^a Teófila Vicente Herrero
y col.**

Ayudas a la investigación 2010

Investigador Principal

M^a Teófila Vicente-Herrero

Doctora en Medicina
Especialista en Medicina del Trabajo
Grupo Correos-Valencia y Castellón
Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales- Ergonomía. GIMT

Equipo Investigador

Ángel Arturo López-González

Doctor en Medicina. Especialista en medicina del Trabajo
Servicio de Prevención de GESMA. Palma de Mallorca
Profesor asociado Universidad Illes Balears
Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales-Ergonomía. GIMT

Encarna Aguilar Jiménez

Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. INSS-Valencia
Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales-Ergonomía, Seguridad e Higiene. GIMT

José Ignacio Torres Alberich

Abogado del Ilustre Colegio Oficial de Abogados de Valencia

Luisa M. Capdevila García

Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo y Médico de familia
Servicio de Prevención MAPFRE. Valencia. Técnico Superior
en Prevención de Riesgos Laborales-Ergonomía, Seguridad e Higiene. GIMT

M^a Jesús Terradillos García

Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. INSS-Madrid
Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales-Ergonomía. GIMT

M^a Victoria Ramírez Iñiguez de la Torre

Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo
Grupo Correos-Albacete y Cuenca
Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales-Seguridad. GIMT

Índice

	Página
INTRODUCCIÓN	5
1ª PARTE. LEGISLACIÓN EN PRL	5
1.1. Fundamentos históricos de la legislación española en materia de prevención de riesgos laborales	5
1.2. Evolución del concepto de daño laboral en la legislación española	13
1.3. Evolución del concepto de daño laboral en Europa	22
1.4. Evolución del concepto de daño laboral en Hispanoamérica	29
2ª PARTE. LEGISLACIÓN ESPAÑOLA Y EUROPEA EN INCAPACIDAD Y DISCAPACIDAD	39
2.1. Revisión de la normativa europea en incapacidad	39
2.2. Revisión de la normativa española en incapacidad	46
2.3. El daño laboral como causa de incapacidad temporal o permanente. Tipos de lesiones permanentes no invalidantes	50
3ª PARTE. EL DAÑO LABORAL EN PATOLOGÍA DE COLUMNA LUMBAR: LUMBALGIAS/HERNIAS DISCALES	55
3.1. Aspectos prácticos en medicina del trabajo	55
3.2. Aspectos de mayor conflictividad laboral: valoración de la aptitud laboral, la ineptitud laboral, la incapacidad laboral y la determinación de la contingencia	58
3.3. PANOTRATSS: Patologías No traumáticas de la Seguridad Social causadas por el Accidente de Trabajo. La presencia de las patologías de columna lumbar en las notificaciones realizadas	68
4ª PARTE. PUBLICACIONES MÉDICO-CIENTÍFICAS EN LUMBALGIAS Y HERNIAS DISCALES. REVISIÓN	72
4.1. La lumbalgia y las hernias discales en la bibliografía médica. Revisión Pub-Med. Análisis de resultados	72
4.2. Revisión bibliométrica y bibliográfica-impacto científico de las publicaciones (tipo de revista, países que destacan en publicaciones, análisis de los resultados obtenidos)	75
5ª PARTE. COSTES INDIRECTOS DE LAS LUMBALGIAS Y HERNIAS DISCALES	88
5.1. El coste económico de las lumbalgias y hernias discales por incapacidad-datos INSS 2010 (nacionales/por comunidades/por provincias): coste por IT	88

5.2.	La repercusión jurídica del daño laboral. Revisión jurisprudencial y análisis de resultados	98
5.3.	Revisión Jurisprudencial. Sentencias Comentadas	106
5.3.1.	Sentencias comentadas sobre lumbalgia	106
5.3.2.	Sentencias comentadas sobre hernia discal lumbar	116
6ª	PARTE. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	127
6.1.	Conclusiones	127
6.2.	Recomendaciones preventivas en relación con las conclusiones y posibles proyectos de futuro a desarrollar	127
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128

INTRODUCCIÓN

El estudio del origen, trascendencia y repercusión en el trabajo de una o varias patologías, obliga a realizar de forma previa, una profunda revisión de la normativa legal en materia preventiva, pues en este campo se encuentra con frecuencia el origen del problema y recoge pautas básicas de actuación para el médico del trabajo dentro del conjunto del Servicio de Prevención de riesgos laborales.

No es posible profundizar en unas patologías concretas como las lumbalgias, ciatalgias y afecciones discales, sin tener previamente un conocimiento claro de la normativa que rige a los profesionales sanitarios en las empresas y de las herramientas que ofrece la legislación española para actuar de forma preventiva, catalogar las lesiones o contingencias y valorar sus resultados o consecuencias. Es por ello que se ha realizado, como primer paso, una extensa revisión legislativa del concepto de prevención de riesgos laborales y de daño laboral (accidente de trabajo, enfermedad profesional) y su repercusión

social –discapacidad– o laboral –incapacidad– en cualquiera de sus grados.

Interesa, además, establecer una comparativa con países del entorno europeo y con aquellos más alejados de nuestro ámbito pero con similitudes e interrelaciones evidentes, como los países hispanoamericanos, que nos permita situarnos y valorar opciones de mejora o posibles aportaciones.

Ya dentro de los aspectos concretos de las patologías objeto de estudio, las lumbalgias, es objetivo de esta revisión conocer en qué punto se encuentra la investigación médica en estas materias, tal y como queda reflejada en las publicaciones medico-científicas indexadas y la concepción jurídica de estos aspectos medico-laborales, según vienen referidos en una revisión de la jurisprudencia española en estas materias.

Finalmente, se ha querido valorar la trascendencia económica o “coste empresarial/social” asociado a estas patologías mediante la aproximación cuantitativa del impacto de las incapacidades temporales (absentismo) derivadas de estos procesos.

1ª PARTE. LEGISLACIÓN EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

1.1. Fundamentos históricos de la Legislación Española en materia de prevención de riesgos laborales

A) INTRODUCCIÓN

Para evaluar con perspectiva la situación actual de la prevención de riesgos laborales en España es primordial conocer sus orígenes, su desarrollo y su paulatina implantación. Para ello, debemos estar al tanto del marco legislativo internacional y en concreto del europeo, pues la legislación española actual en esta materia surgirá a partir de la adhesión del Estado Español a los diferentes tratados internacionales que regulan las relaciones laborales.

Existen dos hechos principales que van a influir en el desarrollo de la normativa española en prevención de los riesgos laborales; por una parte, su adhesión a convenios de la **Organización Internacional del Trabajo (OIT)** y por otra, la integración de España en la **Unión Europea**.

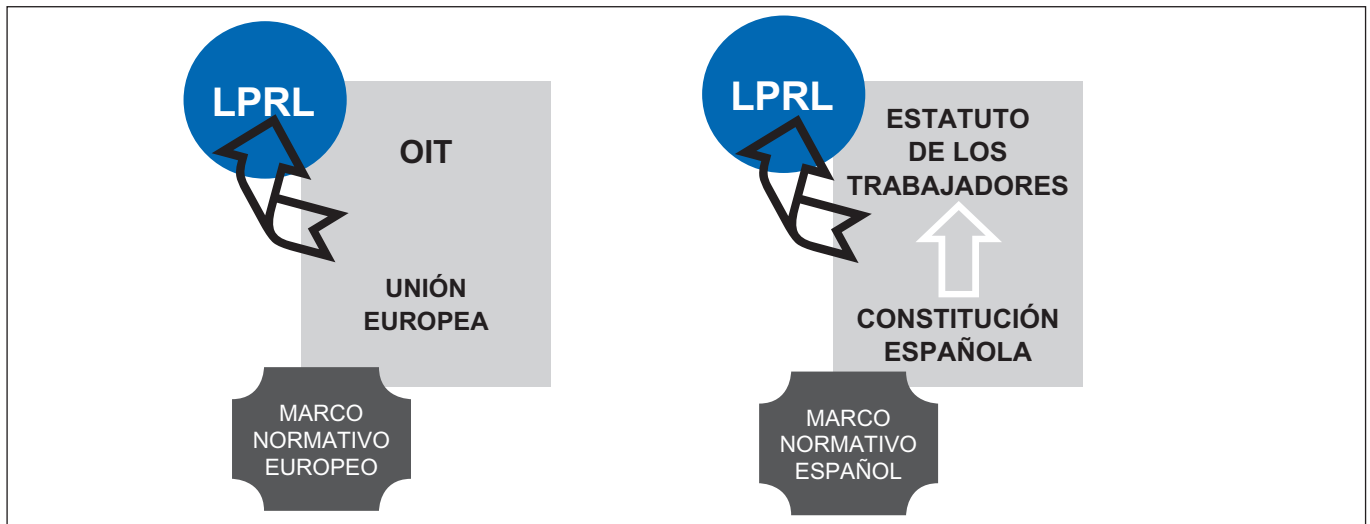
La reconstrucción de Europa tras la II Guerra Mundial partió inicialmente de un interés claramente económico y mercantilista, pero durante el desarrollo de este restablecimiento, pronto fue patente la necesidad de defender

otro tipo de intereses, entre los que se incluyen los derechos sociales y laborales.

Una de las principales metas fue la exigencia del respeto por los derechos humanos, lo que se convertirá en un objetivo prioritario en el ámbito internacional. Como ejemplo de ello, las **Naciones Unidas** proclaman en 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y la OIT, diferentes Convenios como los de libertad sindical, negociación colectiva e igualdad de remuneración entre hombres y mujeres.

Algunos países europeos se plantearon garantizar el desarrollo económico con la firma de una serie de tratados, como fueron los tratados constitutivos de la Comunidad Europea del Carbón y del Acero (CECA) de 1951 y los tratados de Roma en 1957, que sentaron las bases para la posterior creación de la Comunidad Económica Europea (CEE) y de la Comunidad Europea de la Energía Atómica (conocida por las siglas CEEA o EURATOM), con la finalidad de establecer un mercado económico común, que estaría regido por un Derecho también común, y cuya legislación dimanante ha seguido formando parte del colectivo de Estados Europeos, a pesar de que con el paso del tiempo estas instituciones hayan cambiado –se fusionarán en 1965 y desde entonces el nombre ha cambiado, pasando del inicial **Tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea**, al más reciente **Tratado constitutivo de la Comunidad Europea** para, finalmente, pasar a denominarse **Tratado de Funcionamiento de la Unión**–.

La prevención es el principio rector de la legislación en el ámbito de la salud y la seguridad en el trabajo en la



Unión Europea. Con objeto de evitar los **accidentes y las enfermedades profesionales** se ha ido acordando la adopción de, al menos, unos requisitos mínimos de protección de la salud y la seguridad en el lugar de trabajo comunes en todo el territorio europeo.

En España, además de la normativa internacional, habrá dos pilares básicos que contribuirán al desarrollo de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL): la **Constitución Española** y el **Estatuto de los Trabajadores**. La Constitución Española exige a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo (Art. 40.2 del Capítulo III del Título I de la CE); en este sentido, la LPRL supone el cumplimiento de este mandato constitucional. También el Estatuto de los Trabajadores recoge el derecho de los trabajadores a una adecuada Seguridad e Higiene en el trabajo.

B) MARCO NORMATIVO EUROPEO

La adhesión del Estado Español a distintos tratados europeos fundamentará, como hemos visto, las bases de la legislación española en materia de prevención de riesgos laborales, destacando entre ellos, por orden cronológico:

- La Carta Social Europea.
- El Tratado Constitutivo de la Comunidad Económica Europea, al que se adhirió España en 1986.
- La firma del Acta Única Europea por la que se incorporan nuevos artículos al Tratado Constitutivo de la CEE.
- El Tratado de la Unión Europea.

B.1) La Carta Social Europea

La Carta Social es la norma que regula más ampliamente el Derecho del Trabajo, de la Seguridad Social y de la Prevención en Europa. Texto fundamental del Consejo de Europa, fue firmado en Turín el 18 de octubre de 1961 y ratificado por España por Instrumento de 29 de abril de 1961. Dicha carta pretende constituir un modelo común

de política y derechos sociales para todos los países miembros.

Como objetivo principal, desde su origen, tenía el establecer aquellas condiciones en que puedan hacerse efectivos los derechos relacionados con el trabajo. Respecto a la prevención de riesgos laborales, en su Art. 3, **Derecho a la seguridad e higiene en el trabajo**, se recoge que: "Para garantizar el ejercicio del derecho a la seguridad e higiene en el trabajo, las partes contratantes se comprometen:

1. A Promulgar reglamentos de seguridad e higiene.
2. A tomar las medidas precisas para controlar la aplicación de tales reglamentos.
3. A consultar, cuando proceda, a las organizaciones de empleadores y trabajadores sobre las medidas encaminadas a mejorar la seguridad e higiene en el trabajo".

Esta Carta constituye, hasta en momento actual, el fundamento al que hacen referencia las políticas sociales de la Comunidad y de cada uno de los Estados miembros.

Aunque posteriormente se aprueban otros tratados como la **Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores** (1989), creada como desarrollo del artículo 117 del Tratado CEE para mejorar las condiciones de vida y trabajo de los trabajadores, está tendrá mucha menor incidencia en la política europea que la Carta Social.

B.2) El Tratado Constitutivo de la Comunidad Económica Europea

La Comunidad Económica Europea se fundó a partir del Tratado Constitutivo de Roma, en 1957. Ya desde su origen y tal como consta en su art. 118 se atribuía a la Comisión la tarea de promover la colaboración entre los Estados miembros en un conjunto de materias, entre las que se cita "la protección contra los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales" y "la higiene del trabajo".

La adhesión de España en 1986 al **Tratado Constitutivo de la Comunidad Económica Europea (TCEE)** tuvo una importancia decisiva en materia de legislación de prevención de riesgos laborales, pues sus directrices son la fuente que sirve para moldear la posterior LPRL, siendo incluso esta ley en algunos puntos casi una transcripción literal de la **Directiva Marco 89/391**.

Aunque el TCEE tiene como objetivo principal la creación de un Mercado Europeo, en el capítulo referente a Política Social dispone:

En el **art. 117** la “necesidad de promover la mejora de las condiciones de vida y del trabajo”.

En el **art. 118**, se indica el objetivo de “promover una estrecha colaboración entre los Estados miembros, en el ámbito social, en particular en las materias relacionadas con: el empleo, el Derecho del trabajo y las condiciones de trabajo, la formación y perfeccionamiento profesionales, la seguridad social, **la protección contra los accidentes y las enfermedades profesionales**, la higiene en el trabajo y el derecho de sindicación y las negociaciones colectivas entre empresarios y trabajadores”.

B.3) El Acta Única Europea

La década de los 70 supuso un punto de inflexión a partir del cual la consecución de un *espacio económico europeo* parece quedarse corto a instancias de la necesidad de encontrar, además, un entendimiento en términos de política social de modo que, de forma paulatina, se constata la necesidad de consolidar un *espacio social europeo*. En base a esta idea se firmó, en Luxemburgo en **1986**, el **Acta Única Europea**, por la que se modificó el TCEE y la CEE pasó a ser la Unión Europea. Es en este mismo año, por otra parte, en el que España se adhiere a los Tratados Europeos.

El Acta Única añade al Tratado de Roma toda una serie de disposiciones relativas a la mejora del medio de trabajo, diálogo social y cohesión económica y social. Así los **artículos 18 y 21** desarrollan con nuevos apartados, los artículos 118 y 100 del anterior TCEE, lo que supone un enriquecimiento de los aspectos preventivos:

El **art. 118.A.**, confiere el compromiso de *promover la mejora del medio de trabajo para proteger la seguridad y salud de los trabajadores* por el mecanismo de la armonización de las normativas nacionales en la materia.

Para ello, los estados miembros fijarán como objetivo la conformación, dentro del progreso, de las condiciones que existen en este ámbito. Para contribuir a este objetivo, la Comunidad determinará mediante directivas las **disposiciones mínimas** que se han de aplicar progresivamente teniendo en cuenta las condiciones técnicas existentes en cada uno de los estados miembros.

Este artículo implica el establecimiento de un conjunto de **directivas** que definen las medidas básicas mínimas de seguridad y salud que se deben aplicar, a nivel de la empresa, en cualquier país de la comunidad, y que no serán ningún obstáculo para el mantenimiento y la adopción, por parte de cada uno de los Estados Miembros de

forma individual, de medidas de mayor protección de las condiciones de trabajo.

El **art. 118.B.** establece a su vez el *diálogo social*, manifestando la Comisión de las Comunidades Europeas su intención de desarrollar en ese ámbito los *contactos* y los trabajos *con empresarios y trabajadores*.

El **artículo 100 A** del Tratado, implica el establecimiento de un conjunto de directivas que definen *los requisitos esenciales de seguridad de los productos*, para que su libre comercialización en cualquier país de la Comunidad pueda llevarse a término sin ningún riesgo para el usuario. De conformidad con esto, *un producto es seguro cuando no implica ningún peligro para el usuario que lo utiliza correctamente*.

En resumen, de esta forma se establecen un conjunto de normas que fijan los mínimos a cumplir por cada empresa, relativas a la **seguridad y la salud de los trabajadores** y a la **seguridad en el producto**.

Una **directiva** es un acto jurídico previsto en el Tratado de la Unión Europea. Establece disposiciones de carácter general jurídicamente vinculantes en su totalidad y obliga a los Estados miembros a transponerla al Derecho nacional dentro de un plazo determinado, promulgando sus propias normas o modificándolas si es necesario para adecuarse a los objetivos propuestos. Entra en vigor cuando se publica en el Diario Oficial de la Unión Europea.

Estas directivas imponen unos *requisitos mínimos y principios fundamentales*, como el principio de prevención y evaluación de riesgos, y además determinan *las responsabilidades de los empresarios y de los trabajadores*. Independientemente de éstas, pueden emitirse **directrices comunitarias**, destinadas a facilitar la aplicación de las directivas comunitarias y de las normas europeas adoptadas por las organizaciones europeas.

Las actuales directivas de la Unión Europea sobre salud y seguridad en el trabajo tienen su base jurídica en el artículo 153 del **Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea** (antiguo artículo 137 TCE), que faculta a la UE para adoptar directivas en este ámbito. Desde entonces, se han adoptado una gran variedad de directivas comunitarias que establecen unos requisitos mínimos para proteger la salud y la seguridad de los trabajadores. Los Estados miembros son libres de adoptar normas más estrictas para la protección de los trabajadores en el momento de transponer las directivas comunitarias al Derecho interno de sus respectivos países, por lo que los requisitos en materia de salud y seguridad en el trabajo pueden variar de un Estado miembro a otro.

La normativa Europea de Seguridad y Salud en los Centros de Trabajo se estructura en base a la **Directiva Marco** (Directiva 89/391, de 12 de junio de 1989), la más significativa, llamada así porque contiene la normativa general que conforma el marco jurídico en el que opera la Política de Prevención Comunitaria y porque es sobre la que se articularán el resto de directrices que tratan de forma sistemática los múltiples temas en que puede subdividirse la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Esta Directiva marco se refiere a la aplicación de las **medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en los centros de trabajo**, y establece las obligaciones de los empresarios y los derechos y obligaciones de los trabajadores en este campo. Es de aplicación a todos los trabajadores por cuenta ajena y a los trabajadores autónomos, aunque en este último punto con diferencias entre los distintos países como se verá en el punto III.

Dicha directiva supuso un hito fundamental para la prevención en Europa, aportando considerables innovaciones. Entre las más relevantes están las siguientes:

Definió el término «**entorno de trabajo**» de conformidad con lo dispuesto en el Convenio nº 155 de la OIT, y lo dotó de un enfoque moderno al tener en cuenta la seguridad técnica y la prevención general de enfermedades.

Obligó a los empresarios a adoptar las medidas preventivas adecuadas para garantizar una mayor seguridad y salud en el trabajo y los hizo plenamente responsables de la protección de sus trabajadores frente a los riesgos derivados del trabajo.

Introdujo como elemento fundamental el principio de evaluación de riesgos y definió sus principales elementos (por ejemplo: la identificación del riesgo, la participación de los trabajadores, la adopción de medidas adecuadas que otorguen carácter prioritario a la eliminación del riesgo en su origen, la documentación y la reevaluación periódicas de los peligros en el lugar de trabajo, entre otras).

Estableció un mismo nivel de seguridad y salud a favor de todos los trabajadores (con excepción únicamente de los trabajadores del servicio doméstico y de determinados servicios públicos y militares).

Con la nueva obligación de adoptar medidas puso implícitamente de manifiesto la importancia de las nuevas formas de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo en el marco de los procesos generales de gestión.

Apunta por otra parte, el sistema de responsabilidades en caso de accidentes y de incumplimiento de las normas preventivas.

El objetivo que se persigue al garantizar una cultura de prevención, se basa en el doble argumento de que unos requisitos mínimos proporcionan condiciones iguales para las empresas del gran mercado interno europeo y un alto grado de protección para los trabajadores, evitando el dolor y el sufrimiento y minimizando los costes de las empresas como resultado de la prevención de los accidentes y las enfermedades profesionales.

La Directiva marco sigue aplicándose a todos los ámbitos que se rigen por las directivas individuales. Cuando las directivas individuales contienen disposiciones más restrictivas y específicas, prevalecen estas disposiciones especiales.

Las **directivas individuales** adaptan los principios de la Directiva marco a:

- Tareas concretas (por ejemplo, la manipulación manual de cargas)

- Peligros específicos del trabajo (por ejemplo, Riesgos Físicos, Químicos y Biológicos)
- Sectores y lugares de trabajo concretos (por ejemplo, obras temporales, industrias extractivas o buques pesqueros)
- Condiciones de seguridad y salud de determinados colectivos: mujeres embarazadas, trabajadores jóvenes, minusválidos (discapacitados), trabajadores con contrato temporal, etc.
- Determinados aspectos relacionados con el trabajo: organización del tiempo de trabajo, trabajos nocturnos o a turnos.

Las directivas individuales definen el modo en que deben evaluarse estos riesgos y, en algunos casos, establecen valores-límite ambientales para determinadas sustancias o agentes. Los niveles establecidos en estas directivas son niveles mínimos para la protección de los trabajadores, y los Estados miembros pueden mantenerlos tal y como están, o establecer niveles que conlleven mayor protección.

Se puede acceder a todas las Directivas que se muestran en la **tabla** en el enlace: <http://osha.europa.eu/es/legislation/index.stm>

Principales Directivas de desarrollo de la Directiva Marco	
Directiva 92/85	Trabajadoras embarazadas
Directiva 91/383	ETT y trabajadores temporales
Directiva 94/33	Trabajo en jóvenes
Directiva 2003/88	Tiempo de trabajo
Directiva 89/654	Lugares de trabajo
Directiva 92/57	Seguridad en Construcción
Directiva 89/655	Equipos de trabajo
Directiva 90/270	PVD
Directiva 98/24	Riesgos Químicos
Directiva 92/58	Señalización de seguridad y salud en el trabajo
Directiva 89/656, 89/686	Equipos de protección individual
Directiva 2004/37	Agentes cancerígenos
Directiva 96/29	Radiaciones ionizantes
Directiva 2002/44, 2003/10, 2004/40, 2006/25	Otros Riesgos físicos
Directiva 2000/54	Riesgos Biológicos
Directiva 82/605	Plomo
Directiva 86/188	Ruido

Fuente: OSHA-Europa. Referencia: Grupo de Investigación en Medicina del trabajo (GIMT).

El Acta Única Europea constituyó un importante avance, al introducir en el Tratado una nueva disposición jurídica en materia de política social destinada a «la mejora, en particular del medio de trabajo, para proteger la

seguridad y la salud de los trabajadores», pues la inclusión de esta disposición en el Tratado ponía de manifiesto la importancia de las condiciones de seguridad en el trabajo. Además, el nuevo Capítulo Social autorizaba a la Comisión Europea a fomentar el diálogo social entre los representantes de los empleadores y los trabajadores a escala comunitaria.

La Directiva marco debía transponerse al Derecho interno de todos los países de la UE a más tardar a finales de 1992. Las repercusiones de la transposición a los ordenamientos jurídicos nacionales fueron muy diversas en los Estados miembros. En algunos de ellos, la Directiva marco conllevó importantes consecuencias jurídicas, debido a la existencia de una legislación nacional inadecuada, mientras que en otros no fue necesario realizar grandes ajustes.

La estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo para el período 2007-2012 hace un llamamiento a los Estados Miembros a elaborar y aplicar estrategias para reducir el número de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, especialmente las PYME.

B.4) El Tratado de la Unión Europea (UE)

Finalmente, para completar los antecedentes históricos de la legislación sobre salud y seguridad en Europa, hay que hacer alusión al **Tratado de la UE**, firmado en **Maas-trich de 7 de febrero de 1992**, con el propósito de salvar los obstáculos para lograr una unión más real de los Estados miembros y profundizar en la cohesión económica y social, no resuelta satisfactoriamente con el Acta Única. Todos los países miembros, a excepción de Gran Bretaña, firmaron un protocolo anexo al Tratado en materia sociolaboral, cuyos objetivos se han ido desarrollando a través de directivas.

La **Unión Europea** tendrá entre sus objetivos los siguientes (artículo 2):

“Promover el progreso económico y social y un alto nivel de empleo y conseguir un desarrollo equilibrado y sostenible.....”.

“Mantener íntegramente el acervo comunitario y desarrollarlo con el fin de examinar la medida en que las políticas y formas de cooperación establecidas en el presente Tratado deben ser revisadas, para asegurar la eficacia de los mecanismos e instituciones comunitarios”.

La UE ha influido positivamente en las normas nacionales de salud y seguridad en el trabajo. Al mismo tiempo, las medidas preventivas desarrolladas en este ámbito en el lugar de trabajo han contribuido en gran medida a la mejora de las condiciones de trabajo, aumentando la productividad, la competitividad y el empleo.

En la actualidad las previsiones normativas básicas de la Unión Europea sobre prevención de riesgos laborales están contenidas en el Tratado de Amsterdam (1997), ratificado por la Ley Orgánica 9/1998, de 5 de diciembre. Con dicho tratado la competencia legislativa en los ámbi-

tos de las políticas sociales europeas se vio reforzada mediante la incorporación del acuerdo social en el Tratado CEE.

En 2004, la Comisión Europea emitió la Comunicación de la comisión al parlamento europeo, al consejo, al comité económico y social europeo y al comité de las regiones (COM-2004-62), sobre la aplicación práctica de las disposiciones de las Directivas de salud y seguridad en el trabajo, en concreto la Directiva 89/391 CEE (Directiva marco), la Directiva 89/654 CEE (Lugares de trabajo), la Directiva 89/655 CEE (Equipos de trabajo), la Directiva 89/656 CEE (Equipos de protección individual), la Directiva 90/269 CEE (Manipulación manual de cargas) y la Directiva 90/270 CEE (Equipos que incluyen pantallas de visualización). En dicho informe se valoró cómo se había llevado a cabo la transposición y su aplicación en los distintos Estados miembros, de la Directiva marco de 1989 y de estas cinco Directivas específicas. Asimismo, se sacaban conclusiones de la aplicación –o, en algunos ámbitos, más bien de la falta de aplicación adecuada– de la legislación europea de salud y seguridad y de su impacto en la economía y en la sociedad.

Esta Comunicación establecía que quedaba demostrada la influencia positiva de la legislación comunitaria sobre las normas nacionales en materia de salud y seguridad en el trabajo, no solo en el ámbito de las legislaciones nacionales de aplicación, sino también por lo que se refiere a la aplicación práctica en las empresas y en las instituciones del sector público. En general, se concluía que la legislación de la UE había contribuido a instaurar una cultura de prevención en todo el territorio de la Unión, así como a racionalizar y simplificar el corpus legislativo nacional. Sin embargo, al mismo tiempo, el informe ponía de relieve varias deficiencias en la aplicación que impedían aprovechar al máximo todo el potencial de esta legislación. De igual forma, señalaba que en algunos casos se habían iniciado procedimientos de infracción.

Se prevé la elaboración de informes de aplicación adicionales en relación con la Directiva marco y con las directivas individuales para el período 2007-2012, en consonancia con los procedimientos establecidos en la Directiva 2007/30/CE, que tiene por objeto simplificar y racionalizar los informes sobre su aplicación práctica.

Además, existen directivas comunitarias adoptadas en virtud del artículo 114 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (antiguo artículo 95 TCE) que rigen determinados aspectos relacionados con la salud y la seguridad. Sobre esta base jurídica se adoptaron una serie de directivas con el llamado «nuevo enfoque», en virtud de las cuales las organizaciones europeas de normalización –el Comité Europeo de Normalización (CEN), el Comité Europeo de Normalización Electrotécnica (CENELEC) y el Instituto Europeo de Normas de Telecomunicación (ETSI)– establecen y actualizan periódicamente las normas europeas.

C) MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

De entre las múltiples referencias internacionales revisaremos las más relevantes, pues las normas internacionales sobre Prevención se conciben alrededor de la acción sobre la materia de la OIT. De hecho, más del 70% de los Convenios Internacionales de la OIT que siguen actualmente vigentes hacen referencia a temas de prevención, mientras que el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales es la referencia a nivel mundial de la declaración de derechos, estando ratificada en la actualidad por más de 160 países.

C.1) Convenio N° 155 de la OIT

La OIT se fundó en 1919, tras la Primera Guerra Mundial, en el marco de las negociaciones del **Tratado de Versalles**, como uno de los Organismos Internacionales asociados o afiliados a la desaparecida SDN (Sociedad de Naciones), la predecesora de la ONU. Desde su constitución plantea la conveniencia de asumir una serie de medidas entre las que se encuentra la **protección del trabajador ante las enfermedades y ante los accidentes de trabajo**.

Posee múltiples y variadas funciones, todas ellas en relación con la mejora de las condiciones laborales y de vida de los trabajadores en todo el mundo, entre las que destaca la de elaborar convenios sobre estas materias, abiertos a la firma de los estados miembros que quieran adherirse a ellos. Estos convenios, según dispone nuestra Constitución Española, serán de obligado cumplimiento una vez han sido ratificados por el Estado, de modo que nuestras leyes deben adaptarse a su contenido.

En la actualidad se considera una pieza fundamental de la normativa el **Convenio n° 155 de la OIT (1981)**, ratificado por España en 1985, sobre **Seguridad y Salud de los Trabajadores y Medio Ambiente del Trabajo**, ya que muchas de sus prescripciones, están recogidas en la LPRL.

El **art. 4** del Convenio n° 155 especifica los principios de una política nacional de Seguridad y Salud y **obliga** a los estados firmantes a:

“Formular, poner en práctica y reexaminar periódicamente una política nacional coherente en materia de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Medio Ambiente de Trabajo”.

“Esta política tendrá por **objeto prevenir los accidentes y los daños para la salud que sean consecuencia del trabajo**, guarden relación con la actividad laboral o sobrevengan durante el trabajo, reduciendo al mínimo, en la medida en que sea razonable y factible, las causas de los riesgos inherentes al medio ambiente de trabajo”.

En el **art. 3** se definen los términos **lugar de trabajo**: como el lugar que “abarca todos los sitios donde los trabajadores deben permanecer o adonde tienen que acudir por razón de su trabajo, y que se hallan bajo el control directo o indirecto del empleador”; y el de **salud en relación al trabajo**: como aquella que “abarca no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedad, sino también

los elementos físicos y mentales que afectan a la salud y están directamente relacionados con la seguridad e higiene en el trabajo”.

Por otra parte, el **art. 8**, de este Convenio deja abierta la forma “*legislativa o reglamentaria o por cualquier otro método conforme a las condiciones y a la práctica nacionales*” que cada Estado vaya a adoptar para hacer efectivo el cumplimiento del art. 4, siempre que consulte con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores.

Pasarán diez años hasta la promulgación de la LPRL en España, pero en ella se reconoce de forma explícita, en el apartado Exposición de motivos, la deuda con la OIT, por el enriquecimiento que para el texto legal suponían los compromisos contraídos a raíz de la ratificación del Convenio n° 155.

C.2) Pacto Internacional de Derechos, Económicos Sociales y Culturales

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, fue *Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, siendo su entrada en vigor el 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27*. Este Pacto compromete a las partes a trabajar para la concesión de dichos derechos, incluidos los derechos a la salud, la educación y a un nivel de vida adecuado y a establecer mecanismos para su protección y garantía.

Forma parte de la Carta Internacional de Derechos Humanos, junto con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto de Derechos Civiles y Políticos. En su parte III se recoge la lista de los propios derechos, que incluye entre otros:

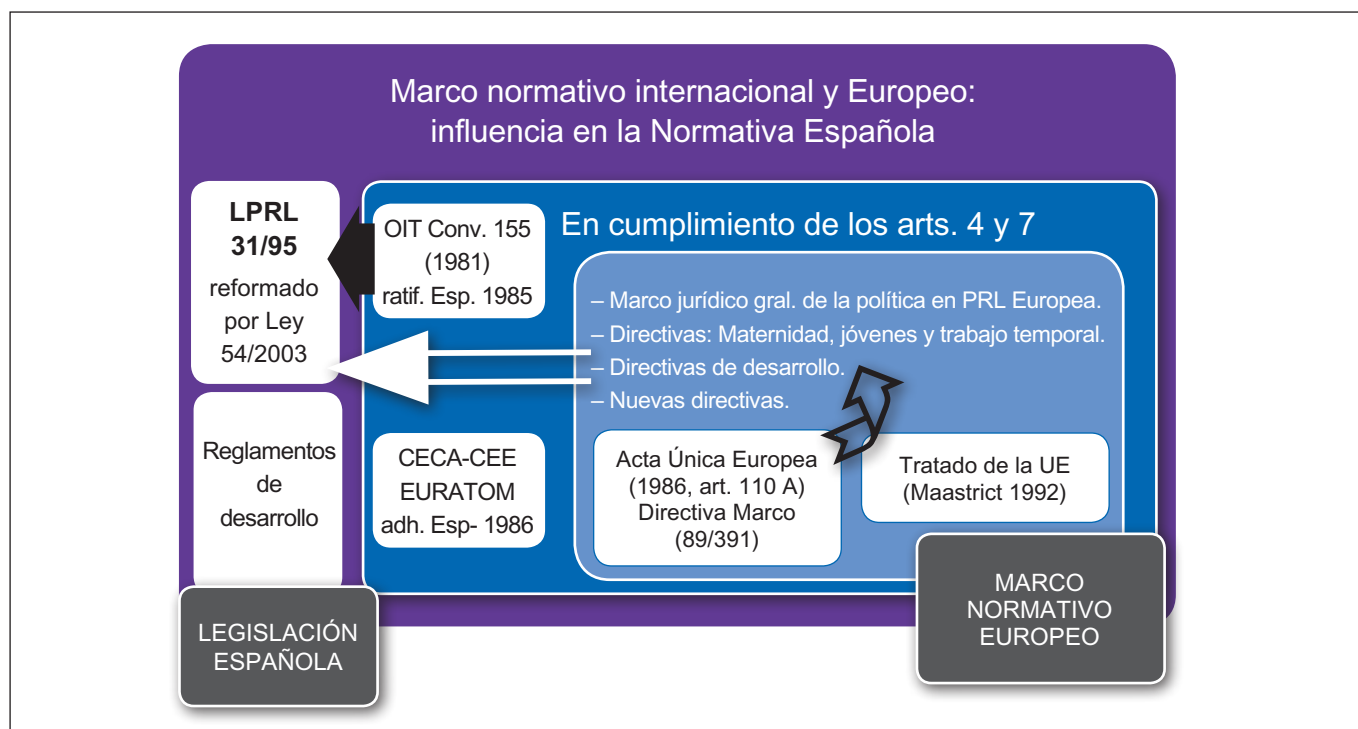
Derecho al trabajo y libre elección de empleo, “que comprende el derecho de toda persona a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido o aceptado” (art. 6). El hecho de que el trabajo debe ser libremente elegido o aceptado significa, que las partes deben prohibir el Trabajo infantil o el trabajo forzoso.

Derecho a condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias, “*que le aseguren en especial..... b) la seguridad y la higiene en el trabajo*” (art. 7). De esta forma, se completa el sentido del trabajo contemplado en el artículo 6, que debe ser un Trabajo decente y realizado en unas condiciones de trabajo seguras.

Derecho a la salud, específicamente al “*más alto nivel posible de salud física y mental*” (art.12.1). Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Participantes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para (art. 12.2):

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.



c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, *profesionales* y de otra índole, y la lucha contra ellas.

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Derecho a la fundación y la filiación sindical y derecho de huelga (art. 8).

Derecho a la Seguridad Social, incluso al seguro social (art. 9). Se requiere que las partes proporcionen algún tipo de plan de seguro social *para proteger a las personas contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, accidentes de trabajo, el desempleo o la vejez, para proporcionar a los supervivientes, los huérfanos y los que no pueden pagar la atención de la salud, y para garantizar que las familias estén suficientemente soportadas.*

Derecho a la vida familiar, con especial protección a las madres durante un tiempo razonable antes y después del parto, incluida la licencia paternal remunerada, y la protección de los niños y adolescentes contra la explotación económica y social (art. 10).

Derecho a un nivel de vida adecuado, incluso alimentación, vestido, vivienda, y la “*mejora continua de las condiciones de existencia*” (art. 11).

Derecho a la educación, incluida la enseñanza primaria universal y gratuita, disponible en general, la enseñanza secundaria, e igualmente accesible la educación superior. (Art. 13 y 14).

Derecho a participar en la vida cultural (art.15) y a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones.

D) MARCO LEGISLATIVO ESTATAL

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 de 8 de noviembre, norma básica española en PRL, es la consecuencia directa de un **mandato expreso** de la Constitución Española. Su contenido viene informado, a veces casi literalmente, por las Directrices que con carácter general emanan de la Comisión Europea, y por los Tratados Internacionales firmados por el Estado Español.

Las normativas españolas en las que se basa la legislación sobre seguridad y salud de los trabajadores son:

- La Constitución Española.
- El Estatuto de los Trabajadores (ET)
- La Ley General de la Seguridad Social (LGSS)
- La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)

D.1) La Constitución Española

La Constitución Española (1978), entra en vigor en pleno momento de inicio de la acción comunitaria sobre la prevención de los riesgos laborales. Es la norma básica destinada a proporcionar el marco jurídico fundamental de nuestra legislación.

La mayoría de interpretaciones de la misma entienden que la prevención de riesgos puede deducirse básicamente a partir de los siguientes preceptos:

El art. 15 recoge como derecho fundamental, “*el derecho a la vida y a la integridad física y moral*” siendo éste el más básico de todos los derechos.

Además, el art. 43.1 reconoce “*el derecho a la protección de la salud*”, como uno de los principios rectores de la Política Social y Económica. Y refiere (art. 43.2) que

competará a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Y por otra parte, el art. 40.2 encomienda a los poderes públicos la obligación de fomentar una política que vele por la seguridad e higiene en el trabajo, estableciendo la tutela del Estado a la protección de la salud laboral.

La base o razón esencial que fundamenta este planteamiento, estriba en el carácter de subordinación jerárquica y dependencia económica en la que se encuentra el trabajador en su relación laboral con respecto al empresario, que exige por parte de los Poderes Públicos una actuación de tutela y protección, dada la constitución del Estado español como un Estado Democrático, Social y de Derecho.

Este precepto constitucional conlleva la necesidad de desarrollar una política activa de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo y que encuentra en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales su pilar fundamental.

A parte de lo anterior, puede añadirse que la Constitución Española reconoce las competencias de las comunidades autónomas en materia de sanidad e higiene y en materia de política industrial (art. 148), lo que confiere un marco similar al previsto en otros países en el ámbito internacional, en materia de prevención de riesgos laborales.

D.2) El Estatuto de los Trabajadores

El Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto Legislativo 1/1995) hace referencia en su articulado a materias que posteriormente serán objeto de un desarrollo pormenorizado en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

El art. 4.d. establece que los trabajadores tienen derecho a su integridad física y a una adecuada política de seguridad e higiene.

En el art. 5.b. establece como deber básico de los trabajadores, la obligación de observar las medidas de seguridad e higiene que se adopten.

Finalmente el art. 19. Seguridad e Higiene, enuncia desarrollos en materia de participación de los trabajadores, establece obligaciones de formación por parte del empresario e inicia el tratamiento de la paralización del trabajo por riesgo grave e inminente.

D.3) La Ley General de la Seguridad Social

El Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social señala no solo derechos y deberes, sino que establece también responsabilidades, cotizaciones, prestaciones sanitarias y económicas, e incluso establece un sistema de organización de éstas.

A lo largo de su historia ha configurado una protección para aquellas lesiones que pudiera sufrir el individuo en el trabajo, catalogándolas como *accidente de trabajo* o *enfermedad profesional*, según concurrieran unas u

otras circunstancias, tal como se prevé respectivamente en los artículos 115 y 116 de dicho RDL. Estos conceptos, junto con los de accidente no laboral y enfermedad común, continúan estando vigentes. Así, la LPRL definirá *ex novo* aquellos conceptos que entienda importantes en materia de prevención, entre ellos el concepto de **daños derivados del trabajo**, pero se declarará neutral ante los conceptos definidos en la LGSS, estableciendo para estas contingencias, que dicha ley continuará siendo de aplicación en los términos y efectos previstos en la misma.

D.4) La Ley de Prevención de Riesgos Laborales

La Constitución Española encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo. Bajo este mandato constitucional y como transposición de la Directiva Europea 89/391/CEE, aparece la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), modificada y actualizada por la Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales y por la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

La LPRL, tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores, estableciendo como principios generales:

- La prevención de los riesgos profesionales.
- La eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo.
- La información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva.

Ámbito de aplicación:

- Trabajadores por cuenta ajena.
- Trabajadores de carácter administrativo o estatutario del personal civil al servicio de las Administraciones Públicas. (Real Decreto 1488/1998, de 10 de julio, de adaptación de la legislación de prevención de riesgos laborales a la Administración General del Estado).

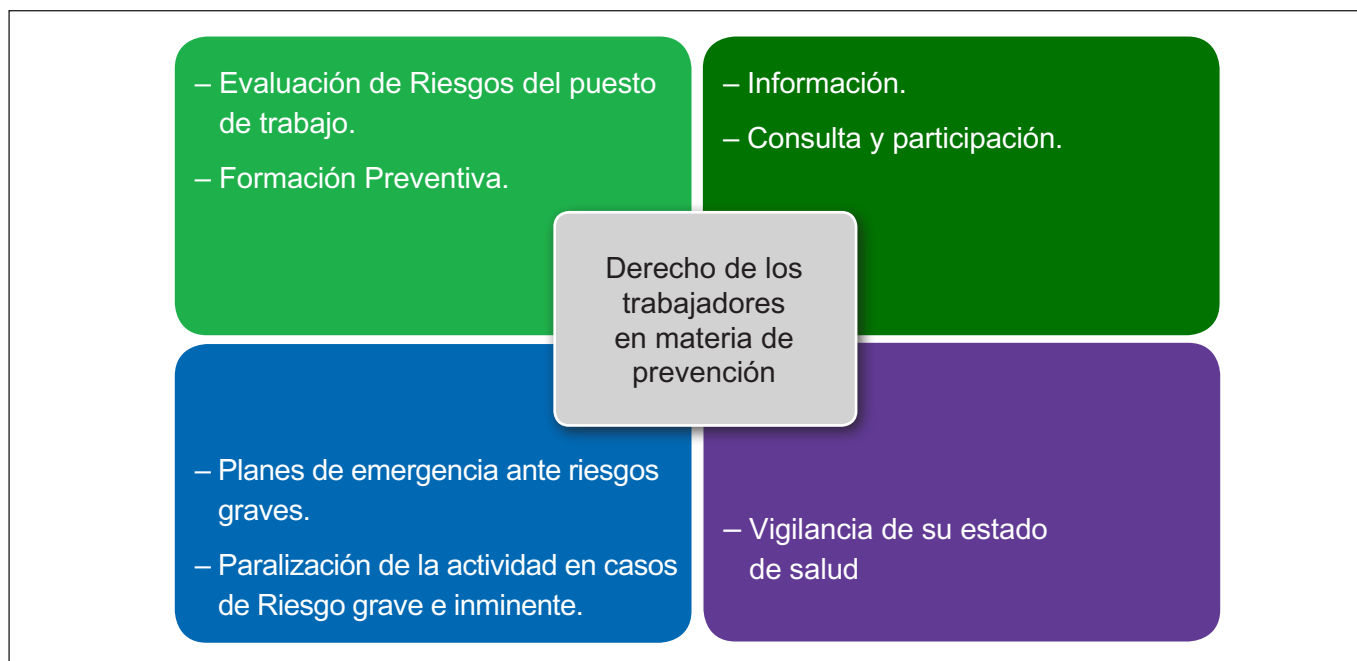
Es la legislación básica en materia de prevención de riesgos laborales en España, y en su Exposición de Motivos, manifiesta tener por objeto la **determinación del cuerpo básico de garantías y responsabilidades**, preciso para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo.

En su art. 2 ofrece una definición de su objeto desde una óptica más finalista: tiene por objeto **promover la seguridad y la salud** de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la **prevención de riesgos derivados del trabajo**.

Los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Este citado derecho supone la existencia de un correlativo deber:

- **Del empresario.** En la protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales de los empleados a su cargo.



- Este deber de protección constituye, igualmente, una obligación de las **Administraciones Públicas** respecto del personal a su servicio.

Cuando los trabajadores estén o puedan estar expuestos a un **riesgo grave e inminente con ocasión de su trabajo**, el empresario, y la Administración respecto del personal a su servicio, estarán obligados a:

- Informar a los trabajadores.
- Adoptar las medidas necesarias para la evacuación del lugar si fuera necesario.

El trabajador tendrá derecho a interrumpir su actividad y abandonar el lugar de trabajo:

- En caso necesario, cuando considere que dicha actividad entraña un riesgo grave e inminente para su vida o su salud.
- Si es acordado por mayoría de los miembros de los representantes legales de los trabajadores. Tal acuerdo será comunicado de inmediato a la empresa y a la autoridad laboral, la cual, en el plazo de veinticuatro horas, anulará o ratificará la paralización acordada.
- Los trabajadores o sus representantes no podrán sufrir perjuicio alguno derivado de esta decisión.

Como vemos, su objetivo ya no es únicamente proteger a los trabajadores de los riesgos existentes, sino prevenir éstos a través de un conjunto de actividades que deben emprender las empresas.

La Directiva Marco y directivas concernientes a la protección de la **maternidad**, de los **jóvenes**, al tratamiento de las relaciones de **trabajo temporales** de duración determinada y empresas de trabajo temporal, etc., han sido incorporadas por el legislador a la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, a través de sucesivas modificaciones de la Ley.

1.2. Evolución del concepto de daño laboral en la legislación española

A) EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE DAÑO LABORAL

En 1883 se crea en nuestro país la *Comisión de Reformas Sociales o Comisión Moret* para regular de una forma seria las condiciones de trabajo. Esta Comisión, entre otras normas, aprobó la primera **Ley de Accidentes de Trabajo, de 31 de enero de 1900, o Ley Dato**, con la finalidad de paliar, en parte al menos, las consecuencias económicas de los accidentes de trabajo para los trabajadores y sus familias, en caso de incapacidad o muerte.

Dicha Ley tiene una gran importancia, pues con ella se crea la *Teoría del Riesgo Profesional: el riesgo es consustancial al trabajo que se realiza*, por tanto, el empresario será el responsable y, o bien deberá pagar una indemnización en caso de accidente laboral o bien deberá proteger al trabajador mediante una póliza de seguros, contratada con una aseguradora reconocida legalmente por el Estado, que cubra ese riesgo en concreto. Además, esta ley introduce el concepto de *indisponibilidad de los derechos del trabajador*: toda cláusula contractual donde el trabajador renuncie a los derechos que el legislador le otorga, será nula. Asimismo, establece un listado de las consideradas incapacidades profesionales y las posibles indemnizaciones en caso de accidente de trabajo.

El concepto de *Accidente de Trabajo*, recogido en la Ley de 1900, "Toda lesión corporal que el operario sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena", sigue vigente hasta nuestros días, al igual que el de Recargo de Prestaciones (naturaleza sancionadora y reparadora al mismo tiempo). Aunque la ley

iba dirigida en su origen a reparar las consecuencias de los accidentes de trabajo, su alcance se extendió pronto a las enfermedades profesionales, desde que en 1903 una sentencia del Tribunal Superior (STS, 17 de julio de 1903), declaró que el concepto legal de accidente de trabajo no hace referencia al suceso sino al hecho mismo de la **lesión** por lo que, desde entonces, se reconoce como tal *todo daño corporal que el operario padezca con motivo de su trabajo*, sin distinguir si la lesión tiene su origen en enfermedad, en traumatismo o en cualquier otra causa.

En 1922, surge la norma que sustituiría a la Ley de 1900, la **Ley Reformada, relativa a los Accidentes de trabajo** (10-1-1922). Aglutina a la anterior e introduce una matización del concepto de Accidente de Trabajo, incluyendo la imprudencia profesional como causa de accidente de trabajo dentro de las situaciones protegidas por el Ordenamiento. No serían, en cambio, accidente de trabajo aquellos sucesos debidos a actitud dolosa o imprudencia temeraria, o a fuerza mayor.

Durante la II República, se dan dos circunstancias significativas:

Se aprueba la **Ley de Seguro Obligatorio de Trabajo** (hasta ese momento era voluntario). La imprevisibilidad del accidente, así como la posibilidad de una acción judicial frente al empresario debido a su responsabilidad civil, establecida con la Ley de accidentes de trabajo, hacen necesaria la extensión de los seguros privados y la creación de las mutuas aseguradoras, los cuales durante un tiempo cumplieron su función relativa a la cultura de la prevención. Pero el hecho de que no fuese de obligado cumplimiento creaba una serie de situaciones de difícil solución, especialmente por quienes habían hecho caso omiso del seguro, lo que hace necesaria una intervención legislativa que recompusiera, homogeneizara, y estabilizara la situación existente. Por ello el 4 de julio de 1932, se aprueba la ley que obliga a asegurar a todos los trabajadores frente a un posible daño laboral.

El 13 de julio de 1936, se aprueba la **Ley de Bases de Enfermedades Profesionales**, que obliga a asegurar al trabajador ante la enfermedad profesional. Fue la primera norma que reguló de forma específica las enfermedades profesionales, con un listado de 21 enfermedades. Con esta ley ratificó España el Convenio número 18 de la OIT de 1925, que equiparaba las indemnizaciones por enfermedades profesionales y accidentes de trabajo. Pero dado que fue aprobada por el Congreso de Diputados de la República Española días antes de que comenzara la guerra civil española, nunca fue efectivamente aplicada. No obstante, este listado, al no ser oficialmente derogado, estuvo vigente hasta la aprobación del Decreto por el que se crea el **Seguro de Enfermedades Profesionales** en 1940.

Hasta este momento, toda la legislación tenía carácter exclusivamente reparador, es decir, cuando ya se había producido el daño.

El **Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo**, en 1940, recoge de manera sistemática y ri-

gurosa medidas preventivas y de higiene en la empresa. Su objetivo es proteger al trabajador contra los riesgos propios de su profesión, que puedan poner en peligro su vida y salud. Es la primera norma preventiva y la que deslinda la prevención del riesgo de la reparación del daño.

El **Decreto de 10 de enero de 1947**, por el que se crea el **Seguro de Enfermedades Profesionales**, aporta como novedad la inclusión de la definición de enfermedad profesional en su art. 2: "*Se entenderán como enfermedades profesionales aquéllas que, producidas por consecuencia del trabajo, y con evolución lenta y progresiva, ocasionen al productor una incapacidad para el ejercicio normal de su profesión, o la muerte*". Contiene en su anexo un cuadro de enfermedades profesionales y establece un aseguramiento separado ya del de los accidentes de trabajo.

Con la aprobación del Decreto sobre el Seguro de Enfermedades Profesionales y su posterior Reglamento se inicia una nueva etapa, aunque inicialmente esta ley tenga su campo circunscrito a una única enfermedad cubierta por el Seguro: la silicosis y al grupo de industrias con Seguro especial: minas de oro, plomo, carbón e industrias de cerámica, pero asentarán los principios necesarios para la implantación progresiva de este seguro en otras industrias.

El **Decreto 792/1961**, de 13 de abril, sobre el aseguramiento de las enfermedades profesionales y la obra de grandes inválidos y huérfanos de fallecidos por accidentes de trabajo o enfermedad profesional, que deroga al anterior, elimina el principio relativo a la naturaleza *lenta y progresiva* para fijarse en la relación de causalidad y las secuelas de las enfermedades profesionales, entendiéndose por tales, Artículo 2.1: "*las producidas por elementos o sustancias y en industrias u operaciones incluidas en el cuadro anexo de este Decreto, que ocasionen incapacidad permanente o progresiva para el ejercicio normal de la profesión o muerte*".

Se establece por primera vez, una *lista cerrada* de enfermedades profesionales con las relaciones correspondientes de las principales actividades capaces de producirlas, de modo que, con la misma, únicamente se catalogará como enfermedad profesional la que se encuentre recogida en dicha lista.

El **Decreto de 26 de julio de 1957**, reconoce la especial sensibilidad de la mujer y los menores frente a algunos riesgos. Con esta norma se busca protegerlos, prohibiéndoles realizar algunos tipos de trabajo en relación a la nocividad, insalubridad, etc. (minería, industria del caucho, del papel, etc.) Este Decreto, a pesar de que el Tribunal Constitucional, en 1992, lo declaró anticonstitucional, no se deroga expresamente hasta 1995, pero sólo en lo referente al trabajo femenino, mientras que para los menores sigue vigente.

No es hasta muchos años después cuando aparece la **Ordenanza General de Seguridad e Higiene en el Tra-**

bajo de 1971, en la que se insiste en la distinción de la prevención y la reparación del daño. Esta Ordenanza es más completa técnicamente que la de 1940, y es la que se ha seguido hasta la Ley de Prevención. Se diferencia del Reglamento, entre otras cosas, en que introduce el término o concepto de *bienestar del trabajador*, como objeto de la prevención, desde el punto de vista ergonómico y amplía el campo de aplicación a todos los individuos encuadrados en el Régimen General de la Seguridad Social.

El **Real Decreto 1995/1978**, de 12 de mayo, aprobó el llamado **Cuadro de enfermedades profesionales**, precursor del actual, y que estuvo vigente durante un largo periodo de tiempo, hasta enero de 2007. El actual Cuadro en Enfermedades profesionales fue aprobado con el **Real Decreto 1299/2006**, de 10 de noviembre, siguiendo la Recomendación 2003/670/CE de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales, recomendación realizada para que se adecue la lista vigente a la realidad productiva actual, ya que los considerables avances en los procesos industriales, con la consiguiente introducción de nuevos elementos y sustancias y, al propio tiempo, las investigaciones y el progreso en el ámbito científico y en el de la medicina, permiten un mejor conocimiento de los mecanismos de aparición de algunas enfermedades profesionales y de su vinculación con el trabajo.

Por último, quedan por referir las leyes que recogen el concepto actual y vigente de daño laboral en España. El Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, **Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social (LGSS)**, que recoge las definiciones de **accidente de trabajo** (Art. 115) y **enfermedad laboral** (Art. 116), conceptos ambos que quedarán perfectamente detallados con posterioridad en este texto.

La Ordenanza General de Seguridad e Higiene en el Trabajo ha estado conviviendo parcialmente hasta 1997 con la **Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)** de 1995, base fundamental de la prevención en España, que continua vigente en su mayor parte. Esta LPRL supuso un importante cambio en la visión de la prevención de los riesgos inherentes al trabajo y en el manejo y gestión de las lesiones ocurridas con ocasión del mismo, extendiéndola a todos los trabajadores, pasando de una concepción meramente curativa o de atención a los afectados de accidentes de trabajo, a una concepción preventiva de la salud laboral, donde el objetivo principal es prevenir y/o evitar que las condiciones del trabajo puedan constituir un factor de riesgo para la salud del trabajador.

Con esta ley, la noción de daño derivado del trabajo se amplía en su interpretación respecto a lo definido en la LGSS, englobando aspectos muy diversos causados a resultas del trabajo y fruto del entendimiento de la enfermedad desde un punto de vista multicausal.

B) DAÑO LABORAL Y CLASES DE DAÑO EN LA NORMATIVA LABORAL ESPAÑOLA

El artículo 4 de la LPRL, incluye las definiciones de **riesgo laboral**, como *posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo* y de **daños derivados del trabajo** que son las *enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo*. Se hace referencia al accidente de trabajo y a la enfermedad profesional, pero en su disposición adicional primera se remite a la normativa de Seguridad Social (LGSS) en cuanto al concepto y régimen jurídico establecido para estos términos.

Por tanto, el concepto de **daño laboral** se refiere a cualquier alteración de la salud relacionada, causada o agravada por las condiciones de trabajo.

Existen varios tipos de daño laboral:

- Accidentes de trabajo
- Enfermedades profesionales
- Enfermedades relacionadas con el trabajo
- Fatiga
- Estrés laboral
- Envejecimiento prematuro
- Insatisfacción laboral

Los tres primeros tipos de daño laboral, ya se definían en la **Ley General de la Seguridad Social**, siempre y cuando se dieran una serie de condiciones. Los demás tipos, estrés laboral, la insatisfacción en el trabajo, el desgaste o fatiga crónica, se corresponden con otras formas de daño para la salud originado por la acción conjunta de diversos factores ambientales y unas deficientes condiciones de trabajo.

B.1) El accidente de trabajo

El concepto de accidente de trabajo según la LGSS, art. 115.1, coincide como hemos visto casi literalmente con la primera definición surgida a partir de la “Ley Dato” de 1990, *“toda lesión corporal que sufra el trabajador con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”*, si bien ha avanzado en matizaciones legislativas al amparo de las sentencias recogidas en la jurisprudencia sobre la materia.

La legislación nos especifica que, para que consideremos la existencia de accidente laboral, es necesario que se cumplan las siguientes características:

- Que exista **lesión corporal**. Entendiendo por lesión, todo daño o detrimento corporal causado por una herida, golpe o enfermedad. Se asimilan a la lesión corporal las secuelas o enfermedades psíquicas o psicológicas.
- Que el accidente lo sea con **ocasión o por consecuencia del trabajo**. Es decir, que exista una relación de causalidad directa entre trabajo– lesión. El término “con ocasión” permite incluir la patología aguda sobrevenida en el tiempo y en el lugar de trabajo, como se ha considerado, por ejemplo, al infarto de miocardio.

- Que el trabajador lo sea **por cuenta ajena**. Con ciertas limitaciones, será también de aplicación a las lesiones padecidas por los trabajadores autónomos, o por cuenta propia, que hayan optado voluntariamente a su cobertura (R.D. 1273/2003). También se extiende el concepto a los trabajadores socios de sociedades mercantiles.

La necesidad de que exista una **lesión corporal**, supone que en accidente de trabajo ha de producirse un *daño* a la persona, interpretando éste como cualquier alteración anatómica, funcional o anatómico-funcional que tenga como consecuencia la alteración de la salud, la incapacidad e incluso la muerte. La Ley se refiere no sólo a los accidentes en sentido estricto, entendiendo como tales las lesiones producidas por la acción súbita y violenta de un agente exterior, sino también a las enfermedades o alteraciones de los procesos vitales que pudieran surgir en el trabajo.

Por regla general, para que una lesión se considere accidente de trabajo, debe probarse **la relación de causalidad entre la lesión y el trabajo desarrollado** aunque, “se presumirá, salvo prueba de lo contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo”.

De acuerdo con la doctrina y la jurisprudencia española, el término “*con ocasión*” nos permitirá en determinados casos considerar como accidente de trabajo, aquellas enfermedades de curso agudo que acontezcan **en lugar y tiempo de trabajo**. El término “*por consecuencia del trabajo*”, conlleva el que deba existir una relación de **causalidad directa** entre la lesión corporal y el trabajo realizado.

La presunción de laboralidad establecida por la ley sólo quedará invalidada cuando hayan tenido ocasión sucesos de tal relieve que se haga evidente, a todas luces, la absoluta carencia de relación de causalidad entre el trabajo realizado por el operario, con todos sus matices psíquicos y físicos que lo rodean, y el siniestro ocurrido. Esto podría ocurrir bien porque se trate de enfermedad que por su propia naturaleza descarte o excluya la acción del trabajo como factor determinante o causante o bien porque se aduzcan hechos que desvirtúen dicho nexo causal.

En España, también tendrán consideración de accidentes de trabajo:

- Los **accidentes *in itinere*** (Art. 115.2d LGSS), que ocurren *al ir o volver del lugar de trabajo*. No existe una limitación horaria. Hay 3 elementos que se requieren en un accidente “*in itinere*”:
 - Que se haya producido en el camino de ida o vuelta, entre el domicilio habitual del trabajador y el puesto de trabajo.
 - Que no se produzcan interrupciones en el camino para realizar actos ajenos al trabajo.
 - Que se emplee el itinerario habitual y no se dirija desde el trabajo a lugares distintos del domicilio habitual.

- Los accidentes producidos con ocasión de realización de **tareas distintas a las habituales** (Art. 115.2c LGSS): aquellos que hayan ocurrido durante la realización de las tareas encomendadas por el empresario, o realizadas de forma espontánea por el trabajador en interés del buen funcionamiento de la empresa, (aunque éstas sean distintas a las de su categoría profesional).
- Los accidentes sufridos en el **lugar y durante el tiempo de trabajo** (Art. 115.3 LGSS): se considerarán como accidentes laborales las lesiones sufridas durante el tiempo y en el lugar de trabajo, salvo prueba en contrario.

Como *centro o lugar de trabajo* se considera el punto donde se desarrollen las tareas, aunque no sea el habitual, incluyendo, en su caso, el lugar donde se pernocte por razones de trabajo. En el concepto *tiempo de trabajo*, además del horario laboral ha de incluirse el extraordinario y el de preparación para iniciar el trabajo.

Habrán supuestos en los que se no produzca ruptura de la relación de causalidad a pesar de que el trabajador no se encuentre en el lugar o tiempo de trabajo, como es el caso, objeto de gran controversia jurídico-laboral, del accidente de trabajo **in itinere**.

- Los accidentes **en misión**: son aquellos sufridos por el trabajador en el trayecto que tenga que realizar para el cumplimiento de la misión, así como el acaecido en el desempeño de la misma dentro de su jornada laboral.
- Los accidentes de **cargos electivos de carácter sindical** (Art. 115.2b LGSS): los sufridos con ocasión o por consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical o de gobierno de las entidades gestoras de la Seguridad Social, así como los accidentes ocurridos al ir o volver del lugar en que se ejercen las funciones que les son propias de dichos cargos.
- Los accidentes acaecidos en **actos de salvamento** (Art. 115.2d LGSS): o en actos de naturaleza análoga, cuando tengan conexión con el trabajo. Se incluye el caso de orden directa del empresario o acto espontáneo del trabajador.
- Y finalmente, también tendrán consideración de accidente laboral (Art. 115.2e, 2g y 2g LGSS respectivamente) **las enfermedades** que contraiga el trabajador con **motivo de la realización de su trabajo** y que no puedan ser consideradas como enfermedad profesional, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva 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; las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades inter-

currentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación. Estos conceptos se tratan con mayor profundidad posteriormente.

No impedirán la calificación de un accidente como de trabajo (Art. 115.5a LGSS) la **imprudencia profesional** y la **conurrencia de culpabilidad civil o criminal** del empresario, conceptos que se tratan con mayor profundidad en parte IV del texto.

En algunos de los países de la Unión Europea el concepto de accidente de trabajo es mucho más restringido que en el nuestro. Las principales diferencias son que no se considera *el accidente in itinere* como accidente de trabajo y se asumen como tales los *accidentes de trabajo por formas no traumáticas*: el infarto de miocardio, la trombosis, las hemorragias cerebrales o similares, ocurridos en tiempo y lugar de trabajo.

En España, los infartos de miocardio, trombosis, accidentes cerebro-vasculares o hemorragias cerebrales, se considerarán accidentes de trabajo cuando se producen a causa o consecuencia del trabajo y haciendo especial hincapié en la concordancia de horario y lugar de trabajo en cuanto a su aparición. Es importante establecer claramente la relación causa-efecto, siendo ambos aspectos de gran debate jurisprudencial.

Los accidentes que **NO** tienen la **consideración de accidente de trabajo** (Art. 115.4, LGSS) son:

- Los debidos a **imprudencia temeraria** del trabajador accidentado: se considera esta, cuando el accidentado ha actuado de manera contraria a las normas, instrucciones u órdenes dadas por el empresario de forma reiterada y notoria en materia de Seguridad e Higiene. Si coinciden riesgo manifiesto, innecesario y grave, la jurisprudencia viene entendiendo que existe imprudencia temeraria, si no será una imprudencia profesional.
- Los debidos a **fuerza mayor extraña al trabajo**: entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente.
No constituyen supuestos de fuerza mayor extraña fenómenos como la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza (sí el trabajo habitual del trabajador es a la intemperie sí se considera accidente de trabajo). En el caso de atentado terrorista que afecta al trabajador en el lugar de trabajo no estamos ante un caso de fuerza mayor sino ante una actuación de un tercero.
- Los accidentes debidos a **dolo** del trabajador accidentado: existe dolo cuando el trabajador/a consciente, voluntaria y maliciosamente provoca un accidente para obtener prestaciones que se derivan de la contingencia.
- Los accidentes derivados de la **actuación de otra persona**: que son consecuencia de culpa civil o

criminal del empresario, de un compañero de trabajo o de un tercero constituyen auténticos accidentes de trabajo siempre y cuando guarden alguna relación con el trabajo. El elemento determinante es la relación causa – efecto. Así las bromas o juegos que pueden originar un accidente ocurridos durante el trabajo o los sufridos al separar una riña serán accidente de trabajo.

Podemos distinguir distintos **tipos de accidentes**:

1. Incidentes: cualquier suceso no esperado ni deseado que, no dando lugar a pérdidas de salud o lesiones a las personas, puede ocasionar daños a la propiedad, a los equipos, etc. Son *indicadores* de la existencia de un posible riesgo laboral, de ahí su importancia a la hora de conocerlos y analizarlos.

Los incidentes materiales pueden transformarse en accidentes de trabajo en un momento determinado.

2. Accidentes sin baja: son aquellos accidentes de trabajo en los que la lesión producida no requiere, por sus características, que el trabajador se ausente de su puesto de trabajo.

3. Accidentes con baja: son aquellos accidentes de trabajo o recaídas que conllevan la ausencia del accidentado del lugar de trabajo de al menos un día –salvedad hecha del día en que ocurrió el accidente previa baja médica-.

4. Accidentes graves: serán aquellos accidentes que causen incapacidad permanente parcial, incapacidad permanente total o la muerte.

B.2) La enfermedad profesional

El concepto actual de enfermedad profesional viene definido en el art. 116 de la LGSS como *la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esta proceda por la acción de elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional*.

Según la misma, para que una enfermedad sea considerada como profesional necesita que:

- *Derive del trabajo realizado por cuenta ajena*. Sin embargo, al igual que el accidente de trabajo, con el RD 1273/2003 de 10 de octubre se amplió el ámbito de aplicación de la enfermedad profesional a los trabajadores autónomos que de forma voluntaria opten asegurar las prestaciones de incapacidad por enfermedad profesional con una MATPSS.
- *Que proceda de la acción de sustancias o elementos que en el cuadro se indican para cada enfermedad*.

El cuadro de enfermedades profesionales vigente en la actualidad y al que se hace referencia, es el que se definió en el Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviem-

bre de 2006, en él se incluye todo lo vigente en el anterior cuadro (RD 1995/1978) y todas las patologías que la Recomendación Europea de 2003 contempla como enfermedad profesional. Este listado contiene 96 epígrafes distribuidos en seis grupos de enfermedad:

1. Enfermedades profesionales causadas por **agentes químicos**,
2. Enfermedades profesionales causadas por **agentes físicos**,
3. Enfermedades profesionales causadas por **agentes biológicos**,
4. Enfermedades profesionales causadas por la **inhala- ción de sustancias** y agentes no comprendidos en otros apartados,
5. Enfermedades profesionales **de la piel** causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados,
6. Enfermedades profesionales causadas por **agentes carcinógenos**.

Es un cuadro limitado, con un listado cerrado de enfermedades profesionales, pero aquellas enfermedades que no se encuentren recogidas en el mismo podrán ser consideradas accidente laboral, según establece el art. 115 de la LGSS.

Otro de los cambios que introduce este nuevo decreto, es que ya no es el empresario el que inicia la tramitación del parte de enfermedades profesionales, sino que serán la entidad gestora (INSS) o la entidad colaboradora (Mutua) las encargadas de la notificación. También existe la posibilidad de que el trabajador acuda a su médico del sistema público de salud, el cual trasladará la sospecha diagnóstica a la inspección médica, que contará con el apoyo, caso de existir, de la Unidad de Salud Laboral. Así mismo se ha puesto en marcha un nuevo parte de notificación de la enfermedad profesional, elaborado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y recogido en la orden TAS/1/2007, de 2 de enero.

Como se ha comentado, para considerar una enfermedad como profesional ha de ser contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena y en las actividades especificadas en el cuadro de enfermedades profesionales. (Concepto de EP: Art. 85, Sección 1ª, Cap. III, Ley de la Seguridad Social, Decreto 2065/1974 de 30 de mayo). Pero, además, para que una enfermedad sea protegida por el sistema de seguridad social, ha de ser también calificada y notificada como tal.

La calificación de la enfermedad como profesional requiere el cumplimiento de una serie de exigencias, tanto para el trabajador afectado como para la empresa en la que desempeña su labor. Se deberá comprobar que:

- El trabajador debe estar expuesto al agente físico o a unas condiciones de trabajo causales de la enfermedad a catalogar, y que dicho trabajador tenga cobertura para tal contingencia de enfermedad profesional en el sistema de salud.
- El agente o agentes causales, originarán los síntomas y/o signos de la enfermedad.

- Tras una consulta médica, ya sea de tipo preventivo o a demanda del propio trabajador, se diagnostique una enfermedad en concreto de las incluidas en el Real Decreto.
- Se identifique el origen profesional de la enfermedad.
- Se realice la notificación de la enfermedad administrativamente (declaración de la enfermedad profesional).
- Se reconozca de forma fehaciente que se trata de una enfermedad profesional por los Equipos de Valoración de Incapacidad (EVIs).
- Y finalmente, que en la empresa, una vez identificada la causa de la EP, se realicen las acciones encaminadas a la prevención de la aparición de estas enfermedades profesionales en otros trabajadores evitando los factores de riesgo laboral.

B.3) Las enfermedades relacionadas con el trabajo

La naturaleza de la lesión sirve habitualmente para diferenciar el daño brusco, propio del accidente, del deterioro lento y progresivo que caracteriza a la enfermedad. De esta forma, se entiende por regla general que sin daño objetivo, de carácter súbito, repentino e inesperado, que implique necesariamente la existencia de un suceso externo y violento, no habrá accidente de trabajo. No obstante, el accidente de trabajo podrá estar causado también por lesiones no violentas, y así ha quedado reflejado ampliamente en la jurisprudencia, según la cual serán accidente de trabajo no sólo las lesiones producidas por la acción súbita y violenta de un agente exterior sobre el cuerpo humano, sino también las enfermedades o alteraciones de los procesos vitales que pueden surgir en el trabajo y a consecuencia del mismo, pero no están consideradas como enfermedades profesionales.

En base a ello, y como hemos visto anteriormente, habrá situaciones establecidas en las que podrán ser consideradas accidente de trabajo: las enfermedades relacionadas con el trabajo, las enfermedades agravadas por el trabajo y las enfermedades intercurrentes (art. 115 apartados 2e, 2f y 2g LGSS respetivamente) siempre y cuando se cumplan una serie de requisitos:

Las **enfermedades relacionadas con el trabajo** serán aquellas enfermedades, tanto físicas como psíquicas, que no posean la calificación de enfermedades profesionales *y 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.*

Son enfermedades en las que existe un deterioro lento y paulatino de la salud del trabajador, ocasionado por una exposición crónica a situaciones adversas, sean éstas originadas por el ambiente en que se desarrolla el trabajo o por la forma en que éste está organizado, y por tanto, tienen una mayor incidencia que la esperada para la población general, a causa de dichas condiciones laborales.

Se debe acreditar fehacientemente la relación causa-efecto entre la realización de un trabajo y la aparición posterior de la enfermedad, y en este caso, el nexo causal entre la enfermedad y el trabajo tendrá que ser demostrado de modo exclusivo por el trabajador.

A modo de ejemplo de enfermedad física que se puede contemplar como accidente de trabajo, está el infarto de miocardio provocado o inducido por las tareas de gran esfuerzo físico que realizaba el trabajador, y como ejemplo de enfermedad psíquica, la persona afectada por el síndrome de agotamiento personal o *burn out*.

Las enfermedades agravadas por el trabajo son *las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, que resulten modificadas como consecuencia de la lesión que fue constitutiva del accidente*. Es decir, son enfermedades padecidas por el trabajador con anterioridad al accidente, que no tienen su causalidad directa en el trabajo, pero en las que, como consecuencia de éste, su curso se ve agravado, agudizado o desencadenado.

Las enfermedades intercurrentes hacen referencia a las enfermedades que *constituyen complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o que tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en el que se haya situado al paciente para su curación* y que dan lugar a modificaciones, en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, de las secuelas de dicho accidente.

Visto lo anterior, se puede considerar **accidente no laboral** aquella lesión corporal que no tiene el carácter de accidente de trabajo, y **enfermedad común** aquella alteración de la salud que no tiene la condición de accidente de trabajo ni de enfermedad profesional (art. 117 LGSS).

B.4) Otros tipos de daño laboral

La fatiga: se podría definir como la disminución de la capacidad física del individuo que aparece como manifestación de la tensión producida por el trabajo realizado, durante un tiempo determinado.

Es un estado en el que se asocia una sensación dolorosa y una dificultad de seguir actuando, de manera que funciona como un mecanismo de defensa del organismo frente a la carga de trabajo cuando ésta se acerca a un límite no tolerable del individuo.

Se podría a su vez definir como exceso de *carga de trabajo*, al hecho de que el conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometida la persona a lo largo de la jornada de trabajo supere a los que puede realizar. Esta carga puede tratarse de *carga física*, cuando en la tarea ejecutada predomina la actividad muscular, o *carga mental*, cuando el componente principal es de tipo intelectual.

La fatiga laboral se considera una patología *inespecífica* del trabajo, ya que es debida al trabajo, pero también a otros factores externos a él, como por ejemplo problemas personales, vida familiar, etc.

El estrés laboral: es una forma específica de estrés y se puede definir como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento ante ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, el entorno o la organización del trabajo; por ello, se puede decir que los trabajadores van a sufrir estrés cuando perciben un desequilibrio entre lo que se les exige y los recursos con que cuentan para satisfacer dichas exigencias laborales o personales.

Estas demandas pueden ser:

- Del trabajo: sobrecargas de trabajo, ritmos impuestos, falta de control sobre las tareas, escaso apoyo de compañeros de trabajo o jefes, etc.
- Características de la persona: personalidad, aspiraciones y expectativas, formación, condición física y hábitos de salud, necesidades del individuo, etc.

Los efectos negativos se manifiestan de diferentes maneras, principalmente en el área psicológica, aunque también tienen repercusión sobre la salud física.

Existe una gran variedad de manifestaciones psíquicas relacionadas con el estrés y sus síntomas, que van a variar según la intensidad y el tiempo que el estrés lleve instaurado.

- En etapas iniciales se observan *alteraciones en la esfera emocional* tales como: mayor irritabilidad, agotamiento y dificultades en las relaciones personales.

Las *alteraciones en la esfera cognitiva* ocasionan principalmente problemas de concentración (dificultad para mantener la atención, bloqueos mentales), memoria (frecuentes olvidos), aprendizaje y desorientación.

Como *manifestaciones relacionadas con la conducta* se destacan: la falta de control, la hipersensibilidad a las críticas, el mal humor y el aumento en el consumo de sustancias adictivas como tabaco, alcohol y otras drogas, e incluso, en situaciones extremas, la aparición de conductas destructivas. Hay que destacar igualmente la mayor susceptibilidad a sufrir accidentes.

- El mantenimiento en el tiempo, lleva a la cronificación de estos efectos y puede ocasionar la aparición de trastornos psicológicos más graves como: trastornos del sueño, ansiedad, fobias, drogodependencias, trastornos del comportamiento sexual, depresión y otros trastornos afectivos, de la alimentación y de la personalidad.

Los problemas físicos relacionados con el estrés (digestivos, pulmonares, cardíacos, etc.) también varían dependiendo de la intensidad y del tiempo que éste lleve instaurado.

La insatisfacción laboral: se puede definir como el sentimiento de rechazo que siente el trabajador hacia su trabajo. Puede provenir de distintas patologías relacionadas con el trabajo, pero los factores que determinan el mayor grado de riesgo laboral para esta patología, serán los factores psicosociales.

Son causas de la insatisfacción laboral:

- Condiciones laborales poco favorables (contrato temporal, salario bajo, turnicidad, etc.)

- Malas relaciones con los compañeros.
- Escasas o nulas posibilidades de promoción en el trabajo.
- Ausencia de reconocimiento del trabajo.
- La propia personalidad del trabajador (si es una persona insegura, con baja autoestima, etc.).

El envejecimiento prematuro: consiste en la aceleración del proceso natural de envejecimiento que sufre una persona a consecuencia de su trabajo.

A él contribuye no sólo el trabajo, sino también factores personales ajenos al trabajo. Por ello se considera junto con la fatiga y la insatisfacción laboral, como una *patología inespecífica del trabajo*.

C) LA DETERMINACIÓN DE CONTINGENCIA

Una de las funciones primordiales de la Medicina del trabajo es la labor *pericial*, cuyo objetivo es valorar la naturaleza de la lesión a considerar como daño laboral, a fin de determinar la contingencia como tal, es decir conceptual si su origen se puede encajar en el mundo laboral o si se deben valorar otras etiologías extralaborales. Dado que el origen de la lesión puede ser multifactorial (hay un gran número de factores de riesgo que contribuyen a causar las lesiones: factores del entorno físico, de la organización del trabajo, psicosociales, individuales y socioculturales), y su carácter acumulativo a lo largo del tiempo, se añaden dificultades a la hora de establecer una relación entre dicha lesión y la actividad laboral desmenuada.

Para valorar si la exposición a un riesgo laboral ha sido condicionante de lesión o daño derivado del trabajo, interesa especificar de forma clara todos aquellos datos relativos al puesto de trabajo, con la descripción de las tareas en él incluidas: tiempos dedicados a cada una de las tareas, matización de las cargas manipuladas si las hubiere, lugar de apoyo en el transporte o levantamiento de las cargas, movimientos repetitivos o posturas forzadas asociadas a las tareas, posición predominante (sedestación, bipedestación, deambulación), herramientas utilizadas y formas de agarre o sujeción, ciclos de repetición en su uso, existencia de vibraciones en su proceso de utilización, turnos de trabajo y pausas durante el mismo así como alternancia en las tareas.

Se deben revisar y describir los procedimientos preventivos utilizados y especificar el uso o no de EPIs (equipos de protección individual) o de protecciones colectivas y las condiciones ergonómicas y medio-ambientales en las que se desarrolla el trabajo. Por otra parte, es importante analizar las condiciones organizativas del trabajo y factores psicosociales que puedan condicionar la persistencia de las lesiones, especialmente cuando aparezca más de un caso de daño laboral en trabajadores que realizan el mismo puesto de trabajo.

Por tanto, ante un caso de posible, probable o confirmado daño laboral, el especialista en Medicina del trabajo deberá confrontar los datos recogidos para cada uno de los factores anteriormente descritos con la revisión

de los resultados de las valoraciones clínicas, y finalmente contrapesar la relación de la sintomatología clínica con el ejercicio de la actividad laboral. Es decir, para su clasificación se tendrán en cuenta criterios de exposición, temporalidad, la existencia de relación entre la sintomatología y la actividad laboral y la existencia de factores extralaborales que hayan podido contribuir a la aparición de la enfermedad, su mantenimiento, o que estén actuando de forma sinérgica con los laborales.

El proceso de decisión se hará según el procedimiento establecido en la figura que se muestra en la siguiente página

Se establecen así 4 categorías:

Daño derivado del trabajo: se incluye como tal a las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo como causa directa responsable. Se clasificarán, por tanto, como daños derivados del trabajo aquellas lesiones en las que se cumplan los siguientes criterios:

Criterio de exposición: existencia de una exposición laboral compatible con la causalidad de dicho daño.

Criterio de temporalidad: la exposición laboral causal considerada es anterior a la aparición de la lesión o enfermedad. En su caso, el tiempo de exposición o periodo de latencia es compatible.

Aunque existan factores extralaborales que hayan podido contribuir a la aparición de la enfermedad, ninguno de ellos ha actuado claramente como desencadenante, aunque hayan podido actuar como potenciadores del efecto.

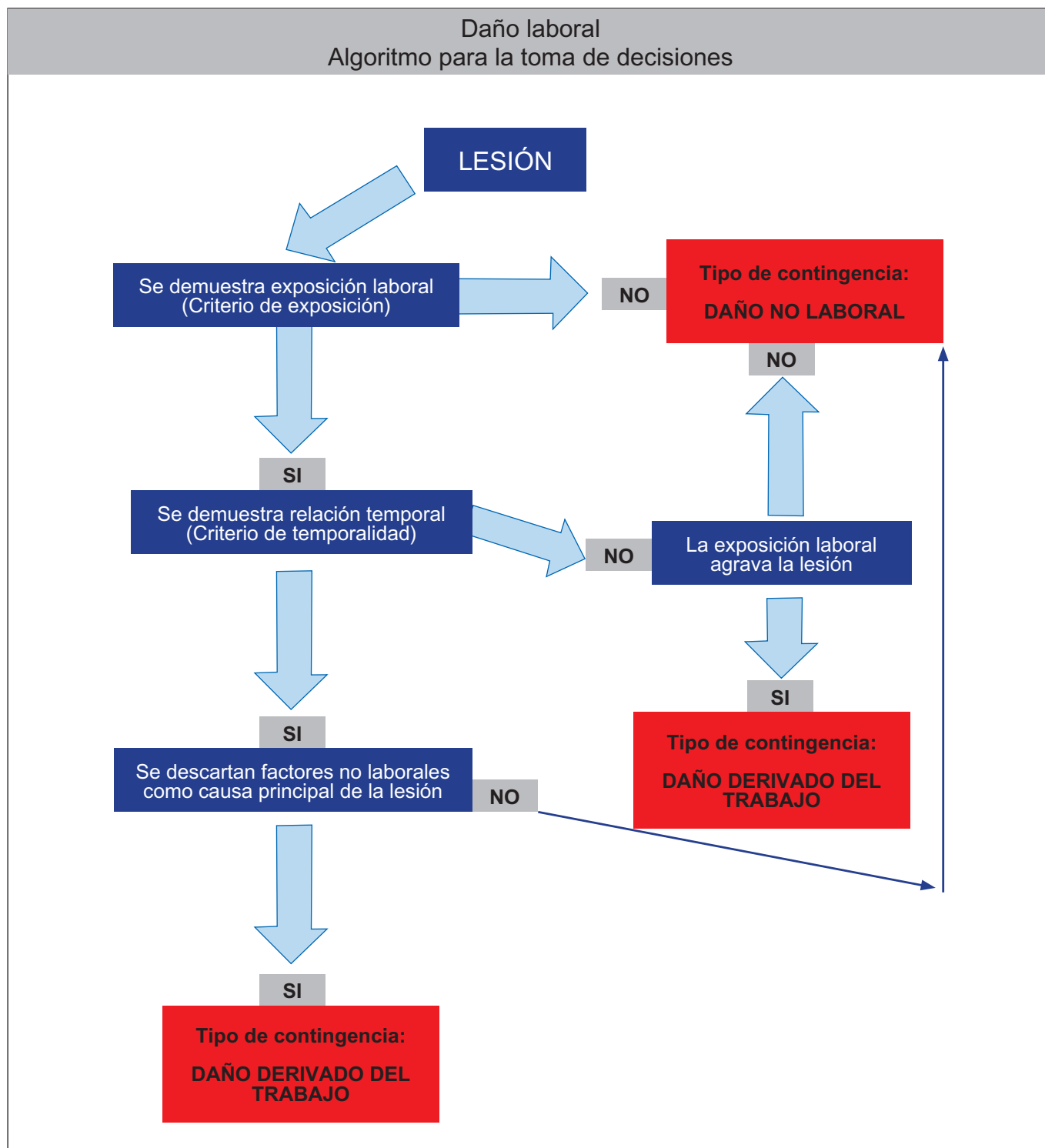
Además de los criterios epidemiológicos descritos, hay que contemplar una serie de condicionantes legales para esta catalogación, de acuerdo a la LGSS y la LPRL.

Daño agravado por el trabajo: se clasificarán como daños agravados por el trabajo aquellas lesiones o enfermedades en las que, no cumpliendo los criterios anteriores, se puede demostrar que existe una exposición laboral a un factor/es de riesgo que han provocado un agravamiento o reaparición de los síntomas o de la enfermedad padecida con anterioridad por el trabajador, o que ha producido un empeoramiento o modificado sus condiciones clínicas por causas laborales, pudiéndose establecer una relación causa-efecto.

Es decir, se trata enfermedades o defectos, en las que existe un origen obvio no laboral, pero cuya evolución y pronóstico se ve influido por las condiciones de trabajo.

Daño no laboral: se catalogarán como daño no laboral aquellas lesiones que no cumplen los criterios para clasificarlas ni como daño derivado del trabajo ni como daño agravado por el trabajo, existiendo de forma añadida información sobre posibles factores causales, desencadenantes o agravantes de origen extralaboral.

No clasificable: nos referiremos a aquellas lesiones en las que no se dispone de elementos suficientes para clarificar su origen y establecer la necesaria relación entre el daño y el trabajo.



Fuente: Guía para la VST Hostelería-2010. Dirección General de Salud Pública de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana. (Modificado por GIMT).

En resumen, uno de los principales obstáculos a la hora de determinar los daños laborales son las dificultades para calificar la contingencia como de origen laboral o no laboral, ya sea por la delimitación conceptual como, principalmente, por las diferentes complicaciones relativas al diagnóstico de una enfermedad profesional.

Aunque en considerables ocasiones exista vinculación entre la enfermedad y la actividad laboral, no

siempre resultará fácil demostrar una relación directa o específica con una profesión, y muchas veces podrá involucrarse la interacción de múltiples agentes causales e incluso otros coadyuvantes de origen no laboral.

Al mismo tiempo, la confirmación diagnóstica de estas patologías puede complicarse pues, en general, este es exclusivamente clínico, y los cuadros clínicos de

la patología originada por el trabajo no se diferencian de los que tienen otras causas.

Por otra parte, una dificultad añadida en el caso de las enfermedades profesionales y enfermedades relacionadas con el trabajo, es que el prolongado tiempo que normalmente transcurre entre la exposición a los factores de riesgo laboral y la aparición de los síntomas clínicos, complica poder reconocer el origen laboral de la lesión.

1.3. Evolución del concepto de daño laboral en Europa

Desde el primer tratado sobre las enfermedades ocupacionales de Bernardino Ramazzini en 1700 “De morbis artificum diatriba”, hasta nuestros días, se han producido muchos cambios evolutivos en las legislaciones laborales de todo el mundo. El progreso de la medicina, que ha llevado al descubrimiento y mejor conocimiento etiológico y evolutivo de las enfermedades ocupacionales, es quizá el elemento que más ha condicionado estas modificaciones.

Pero también muchas veces, los criterios económicos han determinado la promulgación de leyes poco favorables para los trabajadores. En lo que atañe a los accidentes de trabajo, al principio de la revolución industrial de Europa, el Código de Napoleón y la English Common Law, sostenían la teoría del “riesgo ordinario” en la industria y solamente propugnaban un cuidado **racional** para la mera seguridad del trabajador. Sólo se indemnizaban las lesiones en las que se probaba culpa grave del empleador, lo cuál resultaba sumamente difícil de conseguir.

Respecto a las enfermedades profesionales, en 1919, año de su creación, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) definió el ántrax como enfermedad profesional. En 1925 se estableció la primera Lista de enfermedades profesionales de la OIT en virtud del Convenio nº 18, relativo a la indemnización por enfermedades profesionales, que incluía tres enfermedades (intoxicaciones por plomo, mercurio o infección por carbunco). Poco después fue modificado por el Convenio nº 42, de 1934, en el que figuraban diez enfermedades. En 1964 la Conferencia Internacional del Trabajo aprobó un nuevo Convenio (nº 121) sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Al Convenio se unió como anexo una Lista de enfermedades profesionales, lo que permitía su modificación sin necesidad de adoptar un nuevo convenio.

En 1987 un comité de expertos conjunto de la OIT-OMS propuso que el concepto de enfermedades relacionadas con el trabajo se aplicase a trastornos en cuya aparición contribuyen, como factores causales coadyuvantes, las condiciones del medio ambiente laboral junto con otros factores de riesgo. Sin embargo, no siempre es fácil determinar si una enfermedad guarda relación con el trabajo, aunque muchas de ellas están relacionadas con una profesión o con las condiciones de trabajo. Este sería el caso de aquellas patologías que son de etiología múltiple, y que pueden estar relacionadas con el trabajo sólo en determinadas circunstancias.

Todo ello fue redefinido por la OIT en 1993 proponiendo que se utilizarán los siguientes términos:

Enfermedades Profesionales: aquellas reconocidas como tales legalmente, con una relación específica o poderosa con una profesión, y debidas por lo general a un único agente causal.

Enfermedades relacionadas con el Trabajo: de etiología compleja, debidas a múltiples agentes causales, de cuya evolución pueden ser factores coadyuvantes las condiciones del medio ambiente laboral junto con otros factores de riesgo.

Enfermedades que aquejan a la población trabajadora, que si bien carecen de nexo causal con el trabajo pueden verse agravadas por los riesgos sanitarios de origen laboral.

No obstante estos conceptos han sido muchas veces objeto de debate, y en algunos países, aunque no en España, se utilizan indistintamente.

A) EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DAÑO LABORAL EN ALGUNOS DE LOS PAÍSES EUROPEOS MÁS RELEVANTES

Si bien cada uno de los países miembros de la UE y el resto de países europeos no incorporados a la UE tiene parte de su concepción de daño laboral común, existen notables diferencias en algunos de ellos, por lo que en este estudio consideraremos como de referencia los más próximos a nuestro entorno ideológico o los considerados como más representativos por su concepción del daño laboral.

Revisaremos seguidamente algunos de ellos.

1) Alemania

Alemania tomó la delantera en la protección de trabajadores lesionados en 1838 al aprobar una legislación que protegía a empleados y pasajeros de ferrocarriles en caso de accidentes.

Pero es quizá al Emperador Guillermo I de Alemania, a quien se debe el definitivo comienzo de una revolución legislativa en este sentido, que inmediatamente se hizo extensiva a otros aspectos sociales. La obra legislativa de Bismark concibió simultáneamente los seguros de: accidente de trabajo, Ley de 6 de Julio de 1884, los de enfermedad, Ley de 15 de Junio de 1883, y en 1889 la Ley de Seguro por invalidez y vejez.

En 1925 Alemania ratificó el Convenio nº 18 de la OIT, sobre enfermedades profesionales, entendiendo éstas como las enfermedades y las intoxicaciones producidas por las substancias incluidas en el cuadro adjunto, cuando dichas enfermedades e intoxicaciones afecten a los trabajadores pertenecientes a las industrias o profesiones correspondientes en dicho cuadro y resulten del trabajo en una empresa sujeta a la legislación nacional.

Ya desde los años 70, se asegura la asistencia sanitaria en los centros de trabajo a través de médicos de empresa. La base jurídica para ello es la Ley de Seguridad en el Trabajo de 1973.

La Directiva Marco europea 89/391/CEE fue el impulso para que en Alemania el conjunto de la prevención

de riesgos laborales se colocase, poco a poco, sobre una nueva base. Todo esto se focaliza ahora en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1996, que ha organizado en este país la cooperación de los diversos actores. Las principales leyes alemanas en seguridad y salud laboral se muestran en la siguiente **tabla**.

LEY	ÁMBITO DE APLICACION
Ley 13.08.1980. Última modificación de 09.12.2006.	Ley Federal Minera. Regula, entre otros, la higiene y seguridad en el trabajo en el sector de la minería.
Ley 16.09.1980. Última modificación de 13.12.2007	Ley de protección contra materias peligrosas
Ley 16.12.1993. Última modificación 01.04.2008.	Ley de protección contra el riesgo inherente al uso de materias biológicas en el puesto de trabajo.
Ley 7.08.1996. Última modificación 08.03.2008	Ley de medidas de Prevención y para la mejora de la seguridad y la Higiene en el trabajo. De aplicación en todos los ámbitos económicos, excepto empleados del hogar, de la marina mercante y la minería. Recoge las medidas de prevención de accidentes y mejora la seguridad en el trabajo. Instauro el seguro de accidentes, integrado en los diferentes seguros sociales; recoge la obligación del empresario a abonar las cuotas del seguro de AT.
Reglamento de 22.02.1999. Última modificación de 17.07.2009.	Reglamento de ordenación del sector industrial. Recoge la obligación de las empresas del sector a proteger la vida y la salud de los trabajadores. En cuanto a la prevención de accidentes de trabajo, las Mutualidades Laborales y Profesionales son competentes de la inspección. Determina el régimen de penalizaciones y sanciones. Modificaciones incluidas para favorecer la trasposición de la Directiva 2006/123/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006, relativa a los servicios en el mercado interior
Ley 20.07.2001. Última modificación de 13.12.2007	Ley de Protección contra las Emisiones. Protección de la persona y el medio ante las emisiones de carácter radioactivo. Implementa en Derecho alemán las directivas 96/29/EURATOM y 97/43/EURATOM. Determina la designación de un responsable de averías o fallos de funcionamiento de instalaciones que produzcan emisiones o cuya actividad precise de una autorización especial por los peligros derivados de sus emisiones.
Ley 10.09.2002. Última modificación de 31.10.2002	Ley sobre Materiales Explosivos.
Reglamento de 27.09.2002	Simplificación de las normas de higiene y seguridad en el trabajo.
Ley 06.01.2004. Última modificación de 25.07.2005.	Ley de medios técnicos de trabajo (seguridad de la maquinaria industrial).
Reglamento de 12.08.2004. Última modificación de 20.07.2007.	Reglamento de los centros de Trabajo. Medidas de protección de la salud y seguridad de los trabajadores a tener en cuenta en el establecimiento de centros de trabajo. Recoge las infraestructuras mínimas de las que el centro de trabajo debe disponer para servir sus objetivos: medidas mínimas de las estancias, instalaciones sanitarias, lugares de descanso y para las guardias, zona de botiquines.

En lo que se corresponde con el accidente de trabajo “*in itinere*”, las primeras legislaciones no llegaban a contemplar este supuesto. En Alemania, salvo el periodo de 1925 a 1931, donde se reconoció como accidente laboral el que hubiera afectado al trabajador en el trayecto entre el trabajo y su propia residencia y viceversa, hubo de esperar al año 1949 en que ya quedó consolidada definitivamente la garantía protectora para los accidentes *in itinere*.

Con el Sozialgesetzbuch, en sus capítulos VII y VIII, no se reconoce una noción legal del accidente de trabajo (sunfall), siendo los Tribunales de Justicia quienes aprecian su existencia, incorporando en su construcción, la mayoría de las veces, los precedentes de las culturas jurídicas más próximas, y una adaptación a la realidad cambiante de las condiciones de trabajo.

La peculiaridad más destacada del sistema preventivo alemán, es la existencia de un «sistema dual», compuesto por un lado por la legislación federal en materia de prevención, y por otro, por las normas establecidas por las propias cajas de seguros obligatorios de accidentes laborales, también reflejado en la inspección de empresas por parte de los cuerpos de inspección estatal y federal y los servicios de inspección técnica de las cajas de seguros obligatorios. Estas cajas están estructuradas por sectores, por lo que existen entidades de seguros especializadas en la prevención de accidentes en la construcción, la industria, el transporte, la minería, el sector público, etc. Todas las cajas de accidentes laborales son entidades no lucrativas que prestan servicios de prevención, además de servicios de rehabilitación y seguros a sus empresas miembros. La afiliación de las empresas a estas entidades es obligatoria.

2) Reino Unido

En Inglaterra en 1833, con la creación de la **Ley de Fabricas (Factory Act)** se estableció la inspección gubernamental de fabricas y se limitó el trabajo para niños, pero no fue hasta 1850 cuando comenzaron a verificarse las mejoras verdaderas como resultado de las recomendaciones hechas entonces. Así también se mejoraron las condiciones sanitarias y de seguridad, tales como el suministro de protecciones para engranajes y transmisiones.

En 1867, se amplió esta ley, incluyendo más enfermedades, exigiendo protección contra accidentes, ventilación mecánica para la eliminación de polvo, prohibición de ingesta de alimentos en los ambientes nocivos de las fábricas, etc.

Las compensaciones legales por accidente de trabajo florecieron en Inglaterra en la década de 1880 cuando el Parlamento Inglés aprobó la “**Ley de Obligaciones del Empleador**”. El proceso de industrialización recorrió toda Europa como una tormenta durante el siglo XIX. En Inglaterra, según lo establecía el Common Law (Derecho Consuetudinario), el trabajador lesionado tenía sólo un recurso y era demandar al empleador. El sistema era virtualmente el mismo que existía en Alemania, la cual estuvo estrechamente aliada con Inglaterra en numerosas iniciativas comerciales durante muchos años.

En 1897, Inglaterra derogó la Ley de Obligaciones del Empleador y la reemplazó por la **Ley de compensación para los trabajadores**, que, entre otros cambios, propició el nacimiento de la inspección médica

Hasta 1970, la seguridad y la salud en el Reino Unido, se regía por más de 500 directrices dispersas, que cubrían diversas situaciones y sustancias peligrosas.

Las bases del actual sistema de salud y seguridad fueron establecidas por la **Ley de Salud y Seguridad en el Trabajo de 31 julio de 1974** (Health & Safety at Work

DISPOSICIÓN Y FECHA	DENOMINACIÓN	MATERIA
Ley de Salud y Seguridad en el trabajo, de 31 de julio de 1974	Health & Safety at Work etc. Act 1974.	Ley básica reguladora del sistema de prevención de riesgos laborales en y como consecuencia del trabajo. Con esta Ley se intenta asegurar la salud, seguridad y bienestar de las personas en el trabajo: así como el proteger a otros contra los riesgos que a la salud o seguridad pueden derivarse de las actividades de las personas en el trabajo. Además se prohíbe la adquisición, posesión y uso de sustancias peligrosas más el control de la emisión de gases etc. en la atmósfera. Se crea la Comisión de Salud y Seguridad en el Trabajo (Health and Safety Commission) como órgano rector y el Ejecutivo de Seguridad de Salud y Seguridad (Health and Safety Executive) como entidad gestora.
Reglamento sobre la Administración de Salud y Seguridad en el trabajo de 1992.	Management of Health & Safety at Work Regulations, 1992	Se transpone en el derecho británico la Directiva Comunitaria 89/391/CEE, sobre medidas para estimular y mejorar la Seguridad y Salud de los trabajadores en el lugar de trabajo.
Reglamento sobre la Administración de Salud y Seguridad en el trabajo de 1999.	Management of Health & Safety at Work Regulations, 1999.	Modifica parcialmente algunos aspectos del Reglamento de 1992.

Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Observatorio Sociolaboral. Normativa. Referencia: Grupo de Investigación en Medicina del trabajo (GIMT).

Act 1974). Con esta Ley se intenta asegurar la salud, seguridad y bienestar de las personas en el trabajo, así como proteger a otros contra los riesgos para la salud o seguridad que pueden derivarse de las actividades de las personas en el trabajo. Se prohíbe la adquisición, posesión y uso de sustancias peligrosas más el control de la emisión de gases en la atmósfera.

Se crea la Comisión de Salud y Seguridad en el Trabajo (Health and Safety Commission) como órgano rector y el Ejecutivo de Seguridad de Salud y Seguridad (Health and Safety Executive) como entidad Gestora.

Posteriormente, se aprobó una ley para regular el medio ambiente de trabajo, **Legislación sobre Lugares de trabajo en 1992**, Workplace (Health, Safety and Welfare) regulations. Establece una obligación para los empleadores para asegurarse de que el lugar de trabajo reúne las condiciones de seguridad y es adecuado para las tareas que está llevando a cabo allí, y que no presentan riesgos para los empleados.

El **Reglamento de Trabajo de 1999** establece la obligación de los empresarios de evaluar y gestionar los riesgos derivados de sus actividades laborales.

Las principales leyes inglesas en seguridad y salud laboral se muestran en la **tabla** de la página anterior.

En la parte primera de la Ley de 1974 se determinan los objetivos a alcanzar y además se facilitan las directrices a seguir por todos aquellos que están obligados a ponerla en práctica, desde el Ministro a los empresarios y trabajadores.

Al amparo del artículo 10 de la referenciada Ley de 1974 se establecieron dos órganos para la administración e inspección de los servicios encargados del cumplimiento y desarrollo del derecho en el campo de la salud y seguridad en el trabajo. Dichos órganos son:

- La Comisión para Salud y Seguridad (Health and Safety Commission). encargada de la política a seguir en materia de Salud y Seguridad Laboral, y la Ejecutiva para Salud y Seguridad (Health & Safety Executive) es el organismo competente para la puesta en marcha de la política sobre Salud y Seguridad Laboral, así como el cumplimiento de la norma.
- La Comisión de Salud y Seguridad (HSC, siglas en inglés) está autorizada para elaborar códigos de conducta (code of practice) con la finalidad de proveer guía práctica y orientativa para el cumplimiento de las obligaciones generales impuestas por la Ley.

3) Bélgica

En el ámbito de la prevención, en Bélgica la evolución legislativa ha dado lugar a la progresiva sucesión de múltiples disposiciones y reales decretos sobre política del bienestar en el trabajo, protección y prevención de riesgos:

- Ley de 11 de julio de 1961
- Ley de 10 de marzo de 1971

- R.D. de 10 de noviembre de 1971
- R.D. de 18 de octubre de 1978
- R.D. de 31 de julio de 1986
- R.D. de 18 de septiembre de 1992
- R.D. de 2 de diciembre de 1993
- Ley de 4 de agosto de 1996
- R.D. de 27 de marzo de 1998
- R.D. de 3 de mayo de 1999
- R.D. de 29 de abril de 1999

La necesidad de cumplir con las directivas de la UE, hizo que se introdujeran en la legislación belga a mediados de los años 90 una serie de innovaciones. Las consultas y negociaciones entre el gobierno, la administración, expertos, organizaciones de empleadores y los sindicatos fueron la fuerza motriz de esta renovación. Los principales cambios obtenidos fueron un mayor énfasis los referidos a la prevención y la ampliación del concepto de bienestar en el trabajo. Las principales normativas resultantes son las referidas a continuación:

Ley de 4 de agosto de 1996, sobre el bienestar de los trabajadores en el trabajo, revisada en 2007. Ha sido modificada por: Ley del 13 de febrero de 1998 que lleva disposiciones a favor del empleo, Ley del 28 de febrero de 1999 que lleva ciertas medidas en materia de elecciones sociales, Ley del 5 de marzo de 1999 relativa a las elecciones sociales, Ley del 7 de abril de 1999 relativa al contrato de trabajo ALE, Ley del 11 de junio de 2002 relativa a la protección contra la violencia y el acoso moral o sexual en el trabajo, Ley del 17 de junio de 2002 que modifica el Código judicial con ocasión de la ley del 11 de junio de 2002 relativo a la protección contra la violencia y el acoso moral o sexual en el trabajo, Ley del 25 de febrero de 2003 que lleva medidas para reforzar la prevención en materia de bienestar de los trabajadores en el momento de la ejecución de su trabajo, Ley del 3 de mayo de 2003 que lleva disposiciones diversas relativas a las elecciones sociales, Ley marco del 27 de diciembre de 2004, Ley del 9 de marzo de 2005 que modifica el capítulo V " Disposiciones específicas que conciernen a las obras temporales o móviles " de la ley del 4 de agosto de 1996 relativa al bienestar de los trabajadores en el momento de la ejecución de su trabajo, Ley del 11 de julio de 2006 que modifica la ley del 26 de junio de 2002 relativa a los cierres de empresas, Ley del 20 de julio de 2006 que lleva disposiciones diversas, Ley del 27 de diciembre de 2006 que se refiere disposiciones diversas, Ley del 10 de enero de 2007 que modifica varias disposiciones relativas al bienestar de los trabajadores en el momento de la ejecución de su trabajo entre los que están las relativas a la protección contra la violencia y el acoso moral o sexual en el trabajo, Ley del 6 de febrero de 2007 que modifica la ley del 4 de agosto de 1996 relativa al bienestar de los trabajadores en el momento de la ejecución de su trabajo en cuanto a los procedimientos judiciales, Ley del 3 de junio de 2007 que lleva disposiciones diversas de trabajo, Ley del 23 de abril de 2008 que completa la transposición de la Directiva 2002 / 14 / CE del Parlamento europeo y del Consejo del 11 de marzo de 2002 que establece un

marco general relativo a la información y a la consulta de los trabajadores en la Comunidad europea, Ley del 6 de mayo de 2009 que se refiere disposiciones diversas, Ley del 30 de diciembre de 2009 que se refiere disposiciones diversas.

Ley y el Código de Bienestar en el Trabajo y extractos de las Normas Generales de Protección Social, enero de 2008

Real Decreto de 27 de marzo de 1998, sobre política en materia de bienestar de los trabajadores en el trabajo, en su forma enmendada hasta 2007

R.D. de 24 de febrero de 2005, sobre disposiciones diversas en materia de lucha contra los accidentes de trabajo graves, redefine el concepto de accidente de trabajo grave y establece nuevas medidas para su declaración. Según este último Real Decreto, se considera accidente de trabajo grave:

- Un accidente de trabajo que conlleve la muerte;
- Un accidente que provoca una lesión permanente o temporal producida por una desviación del desarrollo normal del trabajo o por un agente material determinado (sustancia química, virus, etc.)

El concepto de «bienestar en el trabajo» contiene, en el contexto legal belga (Ley de 4 de agosto de 1996), varios elementos:

- La Seguridad en el trabajo
- La protección de salud de los empleados en el trabajo
- El estrés psicosocial provocado por el trabajo, estando incluida la protección de los trabajadores contra la violencia, la intimidación y el acoso sexual.
- La Ergonomía
- La Higiene del trabajo
- Las Medidas adoptadas para mejorar el ambiente de trabajo
- Las medidas tomadas por la empresa en materia de entorno, en lo que toca a su influencia sobre los puntos 1 ° al 6 °.

Un ejemplo reciente del enfoque de los interlocutores sociales en el bienestar en el trabajo es el que dimana de abril de 2009, fecha en la que el Consejo Nacional del Empleo aprobó el convenio colectivo número 100, que requiere a cada compañía poder establecer sistemas de prevención de consumo de alcohol y drogas en el trabajo.

De acuerdo con la legislación belga, la medicina del trabajo tiene que ayudar a **proteger la salud de los trabajadores y promover el empleo** para todos aquellos capaces de llevar a cabo un trabajo. Esto se lleva a la práctica, por una parte con la supervisión de las condiciones de trabajo y, por la otra, con la vigilancia médica.

La **vigilancia de las condiciones de trabajo** permite detectar los riesgos para eliminarlos o reducirlos tanto como sea posible. Para ello, el médico del trabajo trabaja en conjunto con otras disciplinas. La **vigilancia médica** se extiende a la detección y prevención de problemas de salud. Es obligatoria para determinados grupos de empleados que están expuestos a riesgos específicos. El seguro de enfermedades profesionales en Bélgica forma

parte de la seguridad social y está incluido en el **Fondo de Enfermedades Profesionales**.

La **Estrategia Nacional para el Bienestar en el Trabajo 2008-2012**, constituye la iniciativa belga como aplicación de la Estrategia Comunitaria y su principal objetivo es lograr una duradera y coherente de reducción continua de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. El plan se estructura en cinco programas y 12 proyectos principales, junto con varias declaraciones de acción por proyecto.

4) Francia

La protección social Francesa, tiene sus orígenes en la época medieval, con las sociedades de beneficios fraternales. Desde la Edad Media, algunas organizaciones de profesionales establecían una condición de asistencia limitada a sus miembros. En un intento por abandonar el criterio de la beneficencia y más próximo a los derechos que se derivan de la actividad laboral, en Francia el denominado **Reglamento de Colbert** estableció un descuento al salario percibido por los trabajadores con la finalidad de atender sus gastos de hospitalización. Para el año 1709 se sumó otro descuento obligatorio para accidentes de trabajo. Hacia 1793 promulgaron los franceses el primer proyecto de pensiones orientado a cubrir las necesidades básicas insatisfechas de la población más desfavorecida.

Sin embargo, el decreto de Allarde de 2 y 17 de marzo de 1791, que abolía los Gremios, puso fin a este sistema y contribuye a establecer la libertad de ejercer una actividad profesional afirmando el principio de que "Toda persona será libre de ejercer cualquier negocio, profesión, arte u oficio que estime conveniente". Poco después, la **Ley Le Chapelier** promulgada en Francia el 14 de junio de 1791, en plena Revolución Francesa, instaura la libre empresa y proscribía las asociaciones y corporaciones gremiales de todo tipo. Es reconocida por su efecto de prohibir la libertad de asociación.

En la segunda mitad del siglo XIX, los sistemas de asistencia social se desarrollaron lentamente, a menudo impulsados por los empleadores, con una marcada influencia del catolicismo social, que se traslada a las primeras leyes. La Ley Le Chapelier fue derogada el 25 de mayo de 1864 por la Ley Olivier que abolía el delito de asociación.

La protección gremial fue sustituida por las *Sociétés de mutuels secours*, o sociedades de apoyo mutuo, reconocidas y reguladas estrictamente por la ley Humann de 1835. Estas sociedades se sintieron alentadas por la denominada "el Chartre de la Mutualidad, o Carta de la mutualidad, que establece los principios de mutualismo, tal como se encuentran hoy en la legislación francesa. La ley del 15 de julio de 1893, instituyó la asistencia médica gratuita y la ley del 9 de abril de 1898, facilitó considerablemente las reclamaciones de indemnización de los trabajadores.

En 1930, fue creado el seguro social moderno, para ofrecer a los trabajadores la protección contra ciertos

riesgos: accidentes, enfermedad, invalidez, maternidad, vejez o incluso muerte. Durante la Segunda Guerra Mundial, el Consejo Nacional de la Resistencia adoptó planes para crear un programa universal de seguridad social que protegiera a todos los ciudadanos, independientemente de su clase, en caso de que una enfermedad o lesión les impida su trabajo. Tras las **Ordenanzas de 4 y 19 de abril de 1945**, se creó un sistema general de seguridad social similar al descrito en el plan Beveridge en el Reino Unido, que expone los principios generales que rigen la integración y la evolución de la seguridad social de la posguerra en Francia. Finalmente, se diseñó el sistema de protección social, creado justo después de la Liberación, por la resolución del 4 de octubre de 1945. Poco a poco, la protección ha cubierto a toda la población, mientras que los beneficios se han extendido.

La **Ley de 30 de octubre de 1946** confió la gestión de los seguros por contingencias profesionales a la Seguridad social, de forma que el sistema se gestiona de manera pública

El Código de la Mutualidad, ha sido profundamente renovado por Ordenanza de 19 de abril de 2001.

La **protección social en Francia** está presente en todos los sistemas; su objetivo es proteger a los ciudadanos de riesgos sociales (enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo). La protección social se refiere a todos los mecanismos de previsión colectiva, que garantizan que las personas puedan hacer frente a las consecuencias financieras de estos “riesgos sociales”.

En la actualidad, desde el punto de vista institucional, la seguridad social francesa conocida popularmente como la “Sécu”, una abreviatura de Sécurité Sociale, se divide en cuatro ramas:

- Enfermedad
- Vejez y jubilación
- Familia.
- AT-MP

Es la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad y Riesgos Profesionales la que gestiona las prestaciones por accidentes laborales y enfermedades profesionales y, en los departamentos de ultramar, tienen esta facultad las cajas generales de seguridad social.

Aunque se encuentra relacionada con la rama de Enfermedad Común, la financiación de la rama de AT-MP corre a cargo exclusivamente de los empresarios, aunque también tiene algunas aportaciones del estado (un 16%). Su organización no depende de la intervención directa del estado, sino que es autónoma y paritaria (trabajadores-representantes empresariales). Las Cajas cubren los riesgos de los accidentes de trabajo, incluyendo los “in itinere” y las enfermedades profesionales.

Los trabajadores por cuenta ajena y los agricultores autónomos, pertenecen obligatoriamente a un seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Esta cobertura se amplía también a los alumnos de los centros de enseñanza técnica, los aprendices y las personas en periodos de prácticas en la Formación Profesional.

Según el **artículo 415 del Código de Seguridad Social** francesa, el accidente de trabajo es el “sobrevenido por el hecho del trabajo o con ocasión del trabajo”. También se considera como accidente laboral el que pueda ocurrir durante el desplazamiento desde el y al puesto de trabajo, o acaecido entre el lugar de trabajo y aquel en que el trabajador come habitualmente.

Enfermedades profesionales: en el régimen general, clasificadas por familias, se reconocen 91 enfermedades profesionales y 47 en el régimen agrícola, pudiendo superponerse en ocasiones ambas listas. Se reconocen como profesionales aquellas enfermedades incluidas en las listas oficiales y que concuerdan con lo especificado para cada cuadro (síntomas, agente causal, trabajo de riesgo, duración de la exposición) y también aquellas enfermedades causadas directamente por el trabajo habitual según el dictamen de un comité de reconocimiento de enfermedades profesionales.

La indemnización por enfermedad profesional es una cantidad a tanto alzado. Por otra parte, si se establece que la enfermedad está esencialmente provocada por el trabajo habitual de la víctima y acarrea la defunción o una incapacidad permanente superior al 66,66%, la víctima puede tener derecho a una indemnización con arreglo a la legislación relativa a los accidentes laborales.

La notificación de la Enfermedad profesional se hace en los 15 primeros días de su incapacidad para el trabajo.

En caso de **accidente en el trabajo**, la víctima debe informar inmediatamente –antes de que transcurran 24 horas– a su empresa y ésta le entregará un impreso de declaración del accidente que presentará a su médico, lo que le permitirá no tener que abonar el importe de los gastos de asistencia y hacer la declaración del accidente a la Caja Primaria del seguro de enfermedad dentro del plazo de 48 horas. Esta Caja, a su vez, dará parte del accidente a la Inspección del Trabajo.

Inmediatamente después del accidente (o del reconocimiento de la enfermedad) se inicia el período de incapacidad temporal (total o parcial) que cesa con la curación de la víctima o el alta por consolidación de sus lesiones. Las prestaciones del Seguro de Accidentes de Trabajo se abonan sin exigencia de condiciones de afiliación o de período de carencia anteriores.

Las prestaciones sanitarias del Seguro de Accidentes de trabajo se facilitan a la víctima del mismo modo que las prestaciones sanitarias del Seguro de Enfermedad. No obstante, estas prestaciones se financian al 100% de la tarifa de responsabilidad de la Caja. En caso de hospitalización, no hay que pagar la cuota global diaria y la víctima del accidente está exonerada del pago de 18 euros por intervenciones importantes. El trabajador asegurado no tiene que abonar los gastos: la Caja de afiliación paga directamente las cuantías debidas a los médicos, auxiliares médicos y Centros de Salud (sistema del “tiers payant”).

Respecto a la evolución legislativa en referencia a la **Medicina del Trabajo** en Francia, el 11 de octubre de 1946 entró en vigor la Ley relativa a la organización de la Me-

dicina del Trabajo. En ella se especifica que la función de los médicos del trabajo es exclusivamente preventiva, y consiste en “evitar toda alteración de la salud de los trabajadores a causa de su trabajo, vigilando para ello las condiciones higiénicas del trabajo, los riesgos de contagio y el estado de salud de sus trabajadores”. Los médicos se integran en *Servicios Interempresas*, que son organismos sin ánimo de lucro, que tienen por objetivo exclusivo la práctica de la Medicina del Trabajo y dependen obligatoriamente de la Dirección de Trabajo y Empleo. A partir de 1979, dentro de las funciones de los médicos del Trabajo se establece que 1/3 de su tiempo deben dedicarlo a estudiar los puestos y condiciones de trabajo de los asalariados y los otros 2/3 los dedican a la vigilancia de la salud de los trabajadores, con controles periódicos, iniciales y de retorno al trabajo tras IT. En 1991 incorporaron la Directiva comunitaria 89/391/CEE pero, a diferencia de otros países europeos, su sistema prioriza la figura del médico del Trabajo, aunque hablan de la necesidad de formar equipos multidisciplinares, para mejorar las competencias. La nueva Ley de Modernización Social, nº 2002-73 del 17 de enero de 2002 avanza las directrices legales posteriores sobre el refuerzo de la independencia de los médicos del trabajo y la transformación de los servicios Médicos del Trabajo en Servicios pluridisciplinares. En estos nuevos equipos los expertos, llamados IPRP (*Intervinientes en prevención de riesgos profesionales*) pueden ser ergónomos, higienistas, toxicólogos, ingenieros, etc., y son contratados libremente por el empresario para complementar al médico del Trabajo, cuando considera que se necesita un experto cualificado para prevenir un riesgo concreto presente en la empresa. El Decreto del 24 de junio de 2003 indica que “la independencia de los IPRP está asegurada por otros medios apropiados con el objeto de que estos intervinientes no puedan sufrir perjuicios a causa de sus actividades de protección y prevención de los riesgos profesionales” (art. 1.3.4 y 1.3.4.1). Los Servicios de Salud en el trabajo pueden organizarse como quieran, siempre y cuando tengan cierta relación con los nuevos expertos en prevención y aunque el médico del Trabajo siga siendo el eje del sistema. El Inspector de Trabajo verificará que el empresario utiliza los servicios pluridisciplinares.

El Decreto del 28 de Julio de 2004 (J.O.30 juillet 2004) y la Circular del 7 de abril de 2005 exponen las **nuevas normas de la Reforma de la Medicina del Trabajo**, que en síntesis plantean:

- Obligatoriedad de que todos los médicos del trabajo pasen 150 medias jornadas en el lugar de trabajo para analizar los riesgos “in situ” de cada puesto y no se dediquen solamente a la vigilancia de la salud.

- Los exámenes periódicos de salud se realizarán cada 2 años, excepto para los trabajadores más expuestos, como los jóvenes, mujeres embarazadas, trabajadores discapacitados o aquellos que ocupan puestos de trabajo que conllevan riesgos particulares; estos se beneficiarán de una vigilancia reforzada con una periodicidad al menos anual y un seguimiento apropiado tras haber

analizado el médico “in situ” las características del puesto y de la organización del trabajo.

El Decreto, aunque intenta reforzar la presencia de los médicos en las empresas, tiene como principal defecto el elevado número de trabajadores que dependen de cada médico que ha pasado de 2.700 a 3.300 como máximo.

B) COMPARACIÓN LEGISLATIVA ENTRE LOS DIFERENTES PAÍSES EUROPEOS

Todos los países europeos tienen legislación específica frente a los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales excepto los Países Bajos, en los que estas contingencias están cubiertas por el seguro de enfermedad, el seguro de invalidez y el seguro de defunción.

En general, la legislación protege a todos los trabajadores por cuenta ajena y trabajadores asimilados y en Alemania, Suecia, Finlandia, Austria, Luxemburgo, Dinamarca e Italia, se añaden algunos trabajadores autónomos.

También hay diferencias en el sistema de Seguridad Social, que en función del país puede ser:

- Sistema de Seguro Social obligatorio sólo para asalariados (Bélgica, España, Francia, Irlanda, Reino Unido, Grecia).
- Sistema de Seguro Social obligatorio para asalariados y algunos autónomos (Dinamarca, Alemania, Italia, Austria y Finlandia).
- Sistema de Seguro Social obligatorio para asalariados y todos los autónomos (Luxemburgo y Suecia).
- Sistema de Seguro Privado Obligatorio para asalariados e independientes (AT obligatorio para todos y EP obligatorio sólo para trabajadores asalariados).

De igual forma, entre los distintos países, existen diferencias en la definición de Accidente de Trabajo que se muestran en la **tabla** de la página siguiente:

Visto lo anterior, se aprecia como, en general, no existen grandes diferencias en las definiciones, y en todos los países el concepto de accidente de trabajo (AT) es muy amplio y permite incluir gran variedad de sucesos como accidente de trabajo. Existe, sin embargo, gran variabilidad en los sistemas de notificación o registro de los accidentes, que implica diferencias en las tasa de notificación, que van desde el 100% en España, Alemania, y Francia, hasta el 40% de Reino Unido o un 30% en Holanda, lo que dificulta en gran manera establecer comparativas entre los diferentes países.

Por otra parte, las diferencias estadísticas entre los países también vienen determinadas por la inclusión como accidente de trabajo, de causas no traumáticas ocurridas en el trabajo, como Infarto Agudo de Miocardio y Accidente Cerebro Vascular, (España y Francia), inclusión de enfermedades relacionadas con el trabajo (España, Irlanda, Portugal y Suecia) o los accidentes “in itinere” o en desplazamiento. Definidos los accidentes in itinere como aquellos que ocurren durante el recorrido normal efectuado para dirigirse al trabajo, o al volver del mismo, los incluyen como accidentes de trabajo Alemania, Austria, Bélgica, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, Portugal y

PAÍS	DEFINICIÓN ACCIDENTE DE TRABAJO
ALEMANIA	Accidente ocurrido en la empresa y/o con ocasión de una ocupación mandada por la empresa sobre la base de un contrato de servicios, alquiler o aprendizaje u otra actividad asegurada.
AUSTRIA	Accidente ocurrido en el lugar de trabajo, con ocasión o a consecuencia del trabajo. Accidente ocurrido en una operación de salvamento.
BELGICA	Accidente ocurrido en el transcurso y por consecuencia de la ejecución del contrato de trabajo y que produce una lesión.
DINAMARCA	Accidente o acción nociva ocurridos con ocasión o a consecuencia de las condiciones en las que se realiza el trabajo. Accidente ocurrido bruscamente por el efecto de un movimiento de levantamiento.
ESPAÑA	Toda lesión que el trabajador sufra con ocasión o a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, o toda enfermedad no considerada como EP que el trabajador contraiga en el ejercicio de su actividad profesional.
FINLANDIA	Accidente ocurrido en el trabajo, causado por las condiciones en las que el trabajo se está efectuando.
FRANCIA	Todo accidente ocurrido, cualquiera que sea su causa, con ocasión o por consecuencia del trabajo.
GRECIA	Accidente ocurrido por consecuencia y en el transcurso del empleo.
IRLANDA	Heridas contraídas cuando los accidentes ocurren durante el trabajo y enfermedades causadas por dichos accidentes.
ITALIA	Accidentes acaecidos como consecuencia de una causa violenta con motivo del trabajo.
LUXEMBURGO	Accidente ocurrido con ocasión o por consecuencia del trabajo.
PAISES BAJOS	No existe legislación específica.
PORTUGAL	Accidente ocurrido en el lugar de trabajo y durante el periodo de trabajo, que provoca directa o indirectamente una lesión física o una enfermedad que causa la muerte, la pérdida parcial o total de la capacidad de trabajo o la pérdida de ganancias, que puede ser temporal o definitiva.
REINO UNIDO	Daño personal ocurrido accidentalmente como consecuencia y en el transcurso del trabajo.
SUECIA	Todo accidente y enfermedad relacionada con la actividad profesional.

Fuente: Análisis formal de la siniestralidad laboral en España. Propuestas de actuación. J.M. Ciscal Gredilla. Referencia: Grupo de Investigación en Medicina del trabajo (GIMT).

Suecia, mientras que en Dinamarca, Holanda, Italia y Reino Unido no son considerados accidentes laborales.

Sin embargo, en los aspectos relativos a las Enfermedades Profesionales (EP) existe menos divergencia, pues en la mayoría de los países existe un sistema mixto y consideran EP las incluidas en su respectiva lista de EP, excepto en Suecia donde no hay legislación específica de EP y se consideran AT. Esta homogeneidad se ha conseguido gracias a que la legislación de la Unión Europea obliga a todos sus miembros a adquirir los mínimos establecidos en la lista europea, adecuándolos a sus respectivas legislaciones nacionales.

1.4. Evolución del concepto de daño laboral en Hispanoamérica

Así como en Europa la normativa dimanante de la Comunidad Europea marca unas pautas comunes a todos los estados miembros que, si bien son de mínimos, aseguran una homogeneidad básica en todos los países, no ocurre lo mismo en Hispanoamérica, donde la normativa es individual de cada país sin homogeneización de criterios.

En los países hispanoamericanos las primeras leyes encaminadas a proteger a los trabajadores de las lesiones por accidente de trabajo y de las enfermedades de origen laboral empiezan a aparecer a principios del siglo XX, pero no es hasta el último tercio de ese siglo cuando, al amparo de las legislaciones que van apareciendo en Europa, se desarrolla más ampliamente la legislación en Prevención de Riesgos Laborales en la mayoría de los países de Hispanoamérica.

A continuación, se hace un breve recorrido por la legislación preventiva de alguno de estos países.

A) ARGENTINA

La primera ley argentina sobre accidentes de trabajo, fue la Ley n° 9.688 del año 1.914, que especifica que es el empleador el encargado de proveer condiciones de trabajo seguras y sanas, protegiendo la salud de los que trabajen para él.

La Ley 19.587 de Higiene y Seguridad en el Trabajo, del año 1.972 que sigue actualmente en vigor, obligó a la creación de los Servicios de Medicina del Trabajo y de

Higiene y Seguridad, con el fin de proteger la salud de los trabajadores.

La Ley N° 19.587 se modifica por: el Decreto N° 351/79, el **Decreto 911/96** (Reglamento de Higiene y Seguridad para la industria de la construcción) y el Decreto N° 1338/96, que establece que la misión fundamental del Servicio de Medicina del Trabajo, es la de promover y mantener el más alto nivel de salud de los trabajadores, debiendo ejecutar, entre otras, acciones de educación sanitaria, socorro, vacunación y estudios de ausentismo por morbilidad.

En Argentina, el sistema de Riesgos de Trabajo es uno de los componentes del Sistema de Seguridad Social. Tiene como objetivo reducir la siniestralidad en el trabajo a través de la prevención de riesgos en la actividad laboral y reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales.

Además de la citada anteriormente Ley N° 19.587, en la actualidad en Argentina se encuentra en vigor la **Ley 24.557 de Riesgos de trabajo**, del año 1.995. En su capítulo III, artículo 6°, recoge las contingencias protegidas:

1. Se considera **accidente de trabajo** a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo. El trabajador podrá declarar por escrito ante el empleador, y éste dentro de las 72 horas siguientes ante el asegurador, si bien este plazo se puede modificar por razones de estudio, de concurrencia a otro empleo o de atención de familiar directo enfermo y no conviviente, debiendo presentar el pertinente certificado a requerimiento del empleador dentro de los 3 días hábiles de requerido.

2. Se consideran **enfermedades profesionales** aquellas que se encuentran incluidas en el listado de enfermedades profesionales que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo anualmente, conforme al procedimiento del artículo 40 apartado 3 de esta ley. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos y actividades, con capacidad de determinar por sí la enfermedad profesional. Las enfermedades no incluidas en el listado, como sus consecuencias, en ningún caso serán consideradas resarcibles.

3. Están excluidos de esta ley los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales causados por dolo del trabajador o por fuerza mayor extraña al trabajo.

Esta Ley ha sido modificada por:

- Decreto 658/96: modifica el listado de las enfermedades profesionales.
- Decreto 659/96: incorpora nueva tabla de evaluación de las incapacidades laborales.

Recientemente, el decreto 1.278/2000 ha modificado también la Ley 24.557 para incorporar al Sistema de Riesgos de Trabajo mecanismos operativos eficaces concebidos a favor de la prevención, asegurando la participación de los actores sociales, tanto a nivel de empresa como en el ámbito de cada una de las actividades productivas. Tiene como objeto la prevención de los riesgos a fin de reducir

los siniestros laborales y reparar los daños derivados del trabajo y enfermedades profesionales, así como promover la rehabilitación del trabajador. Incorpora y amplía el listado de las enfermedades profesionales. Dicho listado incluye entre las mismas: Hepatitis A, B, C, D, E y G; Tuberculosis, Tuberculosis multi-resistente, HIV, Arbovirus, Arenavirus, Citomegalovirus, Herpes simples, Tétanos, Rubeola.

En las materias no reguladas expresamente por esta ley, y en cuanto resulte compatible con la misma, será de aplicación supletoria la Ley 20.091.

Se complementa con la **Ley 24.241** del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones.

B) CHILE

En Chile, la primera Ley Orgánica que regula la atención de los accidentes por causa del trabajo es del año 1916: **Ley n° 3170**. Se caracterizaba por cubrir solamente los accidentes de trabajo. En el año 1922 es modificada por la **Ley 4055**, que introduce nuevas mejoras y contempla las enfermedades profesionales. Estas leyes eran eminentemente compensatorias, es decir, ocurrida la lesión se preocupaban de proporcionar atención médica, pagos de subsidios y compensaciones ante incapacidades permanentes y muertes.

La Situación no cambia hasta 1968, fecha en que se dicta la **Ley 16.744, que establece Normas sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales** y que hasta hoy sigue vigente. Esta Ley introduce cambios importantes y, entre ellos, establece el seguro social obligatorio de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. No solo cubre la protección de los trabajadores en el aspecto médico y económico, sino que obliga a empresas y trabajadores a realizar actividades de prevención de accidentes. Obliga además a todos los trabajadores a participar responsablemente en la prevención; invita a pertenecer a los Comités Paritarios de higiene y Seguridad o Círculos de Seguridad. La legislación chilena estima que la participación de los trabajadores es de suma importancia para asegurar una correcta Prevención de Riesgos.

Al contrario que las Leyes anteriores, la Ley 16.744 se preocupa, además de los aspectos compensatorios, de exigir y promover acciones tendentes a evitar que ocurran accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Incorpora el criterio preventivo, es decir, obliga a participar a todos los sectores involucrados en la materia: organismos estatales, mutualidades de empleadores, sector empresarial, y sector laboral.

La nueva ley introduce como obligación la creación de departamentos de Prevención de Riesgos en todas las empresas, se establecen los requisitos de idoneidad para los encargados de dirigirlos y se incorpora a los trabajadores como parte responsable e integrantes de las acciones de Prevención de Riesgos a través de los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad.

Diversos aspectos contemplados en la ley 16.774, se han ido desarrollando o modificando con sucesivos decretos y leyes:

La **Ley 19.345**, publicada el 07.11.1994, dispuso la aplicación de la ley a los trabajadores del sector público. Otros son: DTO 448 (07.12.76), DTO 244 (11.10.77), DFL 50 (17.5.79), DTO 68 (3.10.83), DFL 19 (13.07.84), DFL 2 (08.04.86), DFL 54 (05.08.87), DFL 90 (01.12.87), DFL 101 (23.10.89), Ley 19303 (13.04.1994), Ley 19518 (14.10.1997), DFL 1(16.01.2003) y Ley 20067(25.11.2005).

Para los efectos de la Ley 19345, se entiende por **Accidente del trabajo** toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte. Son también accidentes del trabajo (Ley 20101, 28.04.2006) los ocurridos en el trayecto directo, de ida o regreso, entre el domicilio y el lugar del trabajo, y aquéllos que ocurran en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, aunque correspondan a distintos empleadores. En este último caso, se considerará que el accidente tiene relación con el trabajo al que se dirigía el trabajador al ocurrir el siniestro. Se considerarán también accidentes del trabajo los sufridos por dirigentes de instituciones sindicales a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales.

No son accidentes de trabajo los debidos a fuerza mayor extraña que no tenga relación alguna con el trabajo y los producidos intencionalmente por la víctima.

El Art. 14 de la **Ley 19303**, publicada el 13.04.1994, incorporó como accidentes del trabajo los daños físicos o

psíquicos que sufran los trabajadores de las empresas, entidades o establecimientos que sean objeto de robo, asalto u otra forma de violencia, a causa o con ocasión del trabajo.

El Art. 33 de la Ley 19518, publicada el 14.10.1997, así como el Art. 181 del Código del Trabajo, contenido en el DFL 1, publicado el 16.01.2003, incorporan como accidente del trabajo a aquel sufrido con ocasión de actividades de capacitación.

Es **enfermedad profesional** la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte. El Reglamento enumerará las enfermedades que deberán considerarse como profesionales. Esta enumeración deberá revisarse, por lo menos, cada tres años. Con todo, los afiliados podrán acreditar ante el respectivo organismo administrador el carácter profesional de alguna enfermedad que no estuviere enumerada en la lista a que se refiere el inciso anterior y que hubiesen contraído como consecuencia directa de la profesión o del trabajo realizado.

C) MÉJICO

La evolución histórica de la legislación en Méjico obedece a respuestas a las tensiones sociales y como medio de atenuarlas. Las leyes estatales de trabajo promulgadas durante el periodo de 1904 a 1916 se muestran en la **tabla siguiente**:

AÑO	LEY	PRINCIPALES DISPOSICIONES
1904	Ley de Accidentes de Trabajo de José Villada.	Se establece la responsabilidad civil de los patrones en los accidentes de trabajo.
1906	Ley de Accidentes de Trabajo de Bernardo Reyes.	Se establece la responsabilidad civil de los patrones, cuando el accidente se produzca en ocasión del trabajo. La reparación del daño debe cargarse a la empresa, puesto que ni el patrón ni el obrero son responsables de la ocurrencia del riesgo. (Nuevo León)
1914	Ley del Trabajo de Cándido Aguilar.	Asistencia médica a los obreros enfermos. Medios de subsistencia y curación cuando el obrero haya sufrido un accidente. (Veracruz)
1915	Ley del Trabajo de Salvador Alvarado.	Establece medidas de prevención de accidentes y enfermedades del trabajo. Los talleres deben contar con ventilación iluminación e instalaciones sanitarias. Establece normas de seguridad para el uso de elevadores, maquinaria peligrosa y calderas de vapor. (Yucatán)
1915	Ley sobre Accidentes de Trabajo de Nicolás Flores.	Establece que los patrones podrán sustraerse a la responsabilidad por los accidentes de trabajo, asegurando a los individuos de su dependencia en alguna de las compañías aseguradoras. Es un antecedente del seguro social, en cuanto a que se plantea la posibilidad de sustraer las obligaciones del patrón, respecto de los riesgos laborales. (Hidalgo)
1916	Ley del Trabajo de Gustavo Espinoza Mireles.	Que el trabajo se realice en las condiciones más perfectas posibles de higiene y seguridad. El patrón debía adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos o materiales de trabajo. Se establece la responsabilidad civil del patrón, de los accidentes con motivos y en ejercicio de la profesión. Esta comprende el pago de la asistencia médica y farmacéutica, así como el salario íntegro del obrero por seis meses. Se habla de incapacidad completa, temporal o perpetua. (Coahuila).

Fuente: Nociones Fundamentales de Seguridad e Higiene Industrial. Instituto Mexicano del Petróleo, Subdirección General de Capacitación y Desarrollo Profesional, División Editorial. Referencia: Grupo de Investigación en Medicina del trabajo (GIMT).

En el año de 1917 se promulga **Constitución Política Mexicana**, que en el Artículo 123 dice: “Los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o de trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patrones deberán pagar la indemnización correspondiente, ya sea que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Ésta responsabilidad subsistirá aun en el caso de que el patrón contrate el trabajo por un intermediario”.

A finales de 1925 se dispone la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, en base a un proyecto de Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, pero no llega a aprobarse. En 1934, se aprueba el **Reglamento de Medidas Preventivas y Accidentes de Trabajo**, y el 19 de enero de 1943 nace el **Instituto Mexicano del Seguro Social**, tras aprobarse la Primera Ley del Seguro Social.

Méjico, a partir del 12 de septiembre de 1931, forma parte de la OIT y ha ratificado entre otros los siguientes Convenios relativos al tema que nos ocupa:

- Convenio 115. Sobre la protección contra las radiaciones.
- Convenio 120. La higiene en comercio y oficinas.
- Convenio 152.- Sobre seguridad e higiene en los trabajos portuarios.

- Convenio 155. Sobre seguridad y salud de los trabajadores.
- Convenio 160. Sobre estadísticas del trabajo.
- Convenio 161. Sobre los servicios de salud en el trabajo.
- Convenio 167. Sobre seguridad y salud en la construcción.
- Convenio 170. Convenio sobre los productos químicos.

Siguiendo el mandato constitucional, durante el gobierno de Pascual Ortiz, se promulgó la **Ley Federal del Trabajo de 18 de agosto de 1931**, que establecía condiciones de trabajo mínimas a favor de los trabajadores. Esta ley incorporó muchas de las reivindicaciones planteadas por los trabajadores desde finales del siglo XIX, entre las que destacan: jornada laboral de 8 horas, trato especial a mujeres y menores, descanso semanal, obligación de proporcionar al trabajador instalaciones higiénicas, servicio médico, vivienda e indemnización por accidente o muerte en el trabajo.

En Méjico no existe actualmente una reglamentación específica de Prevención de riesgos laborales. No obstante, existen diversos ordenamientos donde se encuentra plasmada. A continuación se muestra un esquema de las principales leyes por orden de relevancia.



Las fechas en que se aprobaron estas leyes son:

- Constitución de los Estados Mexicanos: 1917
- Ley federal del Trabajo: 1-04-1970; última modificación 17-01-2006.
- Ley del Seguro Social: 21-12-1995; última reforma 9-07-2009.
- Ley del Instituto de Seguridad Social y Servicios sociales para los Trabajadores del Estado (LISSSTE): 31-03-2007.
- Ley General de Salud: 7-02-1984; última modificación 27-04-2010.
- Ley Federal sobre Metrología Normalización: 1-07-1992; última modificación 30-04-2009.
- Reglamento para la Clasificación de empresas y determinación de la Prima de Seguro de Riesgos del Trabajo: 11-11-1998.
- Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medioambiente de Trabajo: 21-01-1997.
- Normas Oficiales Mexicanas: son múltiples normas, referidas a niveles de exposición, envasado y etiquetado, etc. Como anexo I, se incluyen aquellas relacionadas con la Seguridad e Higiene en el trabajo.

Por su especial relevancia, se detallan a continuación algunos aspectos relacionados con el daño laboral de la Ley Federal del Trabajo (1970), el Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo (1997) y la Ley del Seguro Social.

a) Ley Federal del trabajo, de 1º de abril de 1970, última reforma publicada DOF 17-01-2006. Por ella se deroga la Ley de 1931. En su Título Noveno define los Riesgos de Trabajo:

Artículo 473. Riesgos de trabajos son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

Artículo 474. Accidente de trabajo es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste.

Quedan incluidos en la definición anterior los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de éste a aquél.

Artículo 475. Enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.

Artículo 476. Serán consideradas en todo caso enfermedades de trabajo las consignadas en la tabla de enfermedades de trabajo recogida en el artículo 513.

Artículo 481. La existencia de estados anteriores tales como idiosincrasias, taras, discrasias, intoxicaciones, o enfermedades crónicas, no es causa para disminuir el grado de la incapacidad, ni las prestaciones que correspondan al trabajador.

Artículo 482. Las consecuencias posteriores de los riesgos de trabajo se tomarán en consideración para determinar el grado de la incapacidad.

Artículo 488. El patrón queda exceptuado de las obligaciones que determina el artículo anterior, en los casos y con las modalidades siguientes:

- I. Si el accidente ocurre encontrándose el trabajador en estado de embriaguez.
- II. Si el accidente ocurre encontrándose el trabajador bajo la acción de algún narcótico o droga, salvo que exista prescripción médica y que el trabajador hubiese puesto el hecho en conocimiento del patrón y le hubiese presentado la prescripción suscrita por el médico.
- III. Si el trabajador se ocasiona intencionalmente una lesión por sí solo o de acuerdo con otra persona.
- IV. Si la incapacidad es el resultado de alguna riña o intento de suicidio.

Artículo 489. No libera al patrón de responsabilidad:

- I. Que el trabajador explícita o implícitamente hubiese asumido los riesgos de trabajo.
- II. Que el accidente ocurra por torpeza o negligencia del trabajador.
- III. Que el accidente sea causado por imprudencia o negligencia de algún compañero de trabajo o de una tercera persona.

La Ley Federal del Trabajo, incluye: un reglamento de medidas preventivas de accidentes de trabajo, un reglamento de higiene del trabajo, uno de labores peligrosas e insalubres para mujeres y menores, otro de inspección federal del trabajo y un reglamento de seguridad para los trabajadores.

b) Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio ambiente de trabajo: de 21.1.97.

En su artículo 13, recoge la obligación de los empresarios de adoptar, de acuerdo a la naturaleza de las actividades laborales y procesos industriales que se realicen en los centros de trabajo, las medidas de seguridad e higiene pertinentes, a fin de prevenir, por una parte, accidentes en el uso de maquinaria, equipo, instrumentos y materiales, y por la otra, enfermedades por la exposición a los agentes químicos, físicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales, así como para contar con las instalaciones adecuadas para el desarrollo del trabajo.

En su artículo 14, especifica que será responsabilidad del patrón que se practiquen los exámenes médicos de ingreso, periódicos y especiales a los trabajadores expuestos a los agentes físicos, químicos, biológicos y psicosociales, que por sus características, niveles de concentración y tiempo de exposición puedan alterar su salud, adoptando en su caso, las medidas pertinentes para mantener su integridad física y mental, de acuerdo a las Normas correspondientes.

Artículo 15: El patrón deberá informar a los trabajadores respecto de los riesgos relacionados con la actividad laboral específica que desarrollen, y en particular acerca

de los riesgos que implique el uso o exposición a los contaminantes del medio ambiente laboral.

Con la entrada en vigor del Reglamento de 1997, quedaron *derogados* los siguientes reglamentos:

- I. Reglamento de Labores Peligrosas e Insalubres para Mujeres y Menores, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 11 de agosto de 1934;
- II. Reglamento de Medidas Preventivas de Accidentes de Trabajo, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1934;
- III. Reglamento de Higiene del Trabajo, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 13 de febrero de 1946;
- IV. Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 5 de junio de 1978.
- V. Los Reglamentos para la Inspección de Generadores de Vapor y Recipientes Sujetos a Presión y de Seguridad en los Trabajos de las Minas, publicados en el Diario Oficial de la Federación, respectivamente, los días 27 de agosto de 1936 y 13 de marzo de 1967.

c) Ley del Seguro Social: de 21 de diciembre de 1995. Última reforma publicada DOF 09-07-2009.

En su capítulo III recoge las definiciones de: **Riesgos de trabajo (Artículo 41)** son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

Se considera **accidente de trabajo (Artículo 42)** toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior; o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que dicho trabajo se preste. También se considerará accidente de trabajo el que se produzca al tras-

ladarse el trabajador, directamente de su domicilio al lugar del trabajo, o de éste a aquél.

Enfermedad de trabajo (Artículo 43) es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. En todo caso, serán enfermedades de trabajo las consignadas en la Ley Federal del Trabajo.

La existencia de estados anteriores tales como discapacidad física, mental o sensorial, intoxicaciones o enfermedades crónicas, no es causa para disminuir el grado de la incapacidad temporal o permanente, ni las prestaciones que correspondan al trabajador.

No se considerarán para los efectos de esta Ley riesgos de trabajo, los que sobrevengan por alguna de las causas siguientes:

- I. Si el accidente ocurre encontrándose el trabajador en estado de embriaguez.
- II. Si el accidente ocurre encontrándose el trabajador bajo la acción de algún psicotrópico, narcótico o droga enervante, salvo que exista prescripción suscrita por médico titulado y que el trabajador hubiera exhibido y hecho del conocimiento del patrón lo anterior.
- III. Si el trabajador se ocasiona intencionalmente una incapacidad o lesión por sí o de acuerdo con otra persona.
- IV. Si la incapacidad o siniestro es el resultado de alguna riña o intento de suicidio.
- V. Si el siniestro es resultado de un delito intencional del que fuere responsable el trabajador asegurado.

En la tabla que se muestra a continuación, se recogen las principales Normas mejicanas en Seguridad e Higiene en el trabajo.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS EN SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO		
Clave de la Norma	Fecha	Descripción
NOM-001-STPS-1999	13/12/1999	Edificios, locales, instalaciones y áreas en los centros de trabajo-Condiciones de seguridad e higiene.
NOM-002-STPS-2000	08/09/2000	Condiciones de seguridad, prevención, protección y combate de incendios en los centros de trabajo.
NOM-003-STPS-1999	28/12/1999	Actividades agrícolas-Uso de insumos fitosanitarios o plaguicidas e insumos de nutrición vegetal o fertilizantes-Condiciones de seguridad e higiene.
NOM-004-STPS-1999	31/05/1999	Sistemas de protección y dispositivos de seguridad en la maquinaria y equipo que se utilice en los centros de trabajo. (Con la entrada en vigor de la presente Norma se cancelan las siguientes Normas Oficiales Mexicanas: NOM-107-STPS-1994, NOM-108-STPS-1994, NOM-109-STPS-1994, NOM-110-STPS-1994, NOM-111-STPS-1994, NOM-112-STPS-1994
NOM-005-STPS-1998	02/02/1999	Relativa a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo para el manejo, transporte y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas.
NOM-006-STPS-2000	09/03/2001	Manejo y almacenamiento de materiales-Condiciones y procedimientos de seguridad.(cancela a la NOM-006-STPS-1993)
NOM-007-STPS-2000	09/03/2001	Actividades agrícolas-Instalaciones, maquinaria, equipo y herramientas-Condiciones de seguridad.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS EN SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO		
Clave de la Norma	Fecha	Descripción
NOM-008-STPS-2001	10/07/2001	Actividades de aprovechamiento forestal maderable y de aserraderos- Condiciones de seguridad e higiene.
NOM-009-STPS-1999	31/05/2000	Equipo suspendido de acceso-Instalación, operación y mantenimiento- Condiciones de seguridad.
NOM-010-STPS-1999	13/03/2000	Condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se manejen, transporten, procesen o almacenen sustancias químicas capaces de generar contaminación en el medio ambiente laboral.
NOM-011-STPS-2001	17/04/2002	Condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se genere ruido.
NOM-012-STPS-1999	20/12/1999	Condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se produzcan, usen, manejen, almacenen o transporten fuentes de radiaciones ionizantes.
NOM-013-STPS-1993	06/12/1993	Relativa a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se generen radiaciones electromagnéticas no ionizantes.
NOM-014-STPS-2000	10/04/2000	Exposición laboral a presiones ambientales anormales- Condiciones de seguridad e higiene.
NOM-015-STPS-2001	14/06/2002	Condiciones térmicas elevadas o abatidas- Condiciones de seguridad e higiene.
NOM-016-STPS-2001	12/07/2001	Operación y mantenimiento de ferrocarriles- Condiciones de seguridad e higiene.
NOM-017-STPS-2001	05/11/2001	Equipo de protección personal- Selección, uso y manejo en los centros de trabajo.
NOM-018-STPS-2000	27/10/2000	Sistema para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo. (cancela a la NOM-114-STPS-1994)
NOM-019-STPS-1993	22/10/1997	Constitución y funcionamiento de las Comisiones de seguridad e Higiene en los centros de trabajo (Esta Norma cancela a la publicada el 5 de diciembre de 1994).
NOM-019-STPS-2004	04/01/2005	Constitución, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene en los centros de trabajo.
NOM-020-STPS-2002	28/08/2002	Recipientes sujetos a presión y calderas- Funcionamiento- Condiciones de seguridad. (cancela a la NOM-122-STPS-1996)
NOM-021-STPS-1993	24/05/1994	Relativa a los requerimientos y características de los informes de los riesgos de trabajo que ocurran, para integrar las estadísticas.
NOM-022-STPS-1999	28/05/1999	Electricidad estática en los centros de trabajo- Condiciones de seguridad e higiene.
NOM-023-STPS-2003	02/10/2003	Trabajos en minas- Condiciones de seguridad y salud en el trabajo.
NOM-024-STPS-2001	11/01/2002	Vibraciones- Condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo.
NOM-025-STPS-1999	23/12/1999	Condiciones de iluminación en los centros de trabajo.
NOM-026-STPS-1998	13/10/1998	Colores y señales de seguridad e higiene, e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías (cancela a la NOM-027-STPS-1993 y a la NOM-028-STPS-1993)
NOM-027-STPS-2000	08/03/2001	Soldadura y corte- Condiciones de seguridad e higiene.
NOM-028-STPS-2004	14/01/2005	Organización del trabajo- Seguridad en los procesos de sustancias químicas.
NOM-100-STPS-1994	08/01/1996	Seguridad- Extintores contra incendio a base de polvo químico seco con presión contenida- Especificaciones.
NOM-101-STPS-1994	08/01/1996	Seguridad- Extintores a base de espuma química.
NOM-102-STPS-1994	10/01/1996	Seguridad- Extintores contra incendio a base de bióxido de carbono. Parte 1. Recipientes.
NOM-103-STPS-1994	10/01/1996	Seguridad- Extintores contra incendio a base de agua con presión contenida.
NOM-104-STPS-2001	17/04/2002	Agentes extinguidores- Polvo químico seco tipo ABC a base de fosfato mono amónico.
NOM-106-STPS-1994	11/01/1996	Seguridad- Agentes extinguidores- Polvo químico seco tipo BC, a base de bicarbonato de sodio.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS EN SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO		
Clave de la Norma	Fecha	Descripción
NOM-113-STPS-1994	22/01/1996	Calzado de protección.
NOM-115-STPS-1994	31/01/1996	Cascos de protección-Especificaciones, métodos de prueba y clasificación.
NOM-116-STPS-1994	01/02/1996	Seguridad-Respiradores purificadores de aire contra partículas nocivas.
NOM-003-SSA1-1993	12/8/1994	Salud Ambiental-Etiquetado pinturas, tintas, barnices, lacas, esmaltes
NOM-004-SSA1-1993	12/8/1994 Modif. 13/08/2004	Salud Ambiental –Limitaciones y requisitos sanitarios para el uso de monóxido de plomo (litargirio), óxido rojo de plomo (minio) y del carbonato básico de plomo (albayalde).
NOM-010-SSA1-1993	15/11/1994	Salud Ambiental. Artículos de cerámica vidriados. Límites de plomo y cadmio solubles
NOM-010-SSA2-1993	17/01/1995 Modif. 21/06/2000	Salud Ambiental. Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana
NOM-011-SSA1-1993	17/11/1994	Salud Ambiental – Límites de plomo y cadmio solubles en artículos de alfarería vidriados
NOM-022-SSA2-1994	30/11/1995	Prevención y control de la brucelosis en el hombre
NOM-045-SSA1-1993	20/10/1995	Productos para uso agrícola, forestal, pecuario, de jardinería, urbano e industrial. Etiquetado
NOM-047-SSA1-1993	23/09/1996	Límites biológicos máximos permisibles de disolventes orgánicos en el personal ocupacionalmente expuesto
NOM-056-SSA1-1993	10/01/1996	Requisitos sanitarios del equipo de protección personal
NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002	17/02/2003	Salud ambiental – Residuos peligrosos biológico-infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo
NOM-125-SSA1-1994	27/03/1995	Establece los requisitos sanitarios para el proceso y uso de asbesto

Ref. Grupo de Investigación en medicina del trabajo (GIMT).

D) COLOMBIA

Revisando la legislación colombiana en esta materia, resaltamos en la siguiente tabla los principales Decretos y Resoluciones que reglamentan la Salud Ocupacional en este país:

En Colombia el campo de la Salud Ocupacional, se encuentra enmarcado en toda la reglamentación dada a través del *Sistema General de Riesgos Profesionales*:

La Ley 100 de 1993 estableció la estructura de la Seguridad Social en el país, que consta de tres componentes:

LEY/AÑO	CONTENIDO
Ley 9a. De 1979	Es la Ley marco de la Salud Ocupacional en Colombia. Norma para preservar, conservar y mejorar la salud de los individuos en sus ocupaciones.
La Resolución 2400 de 1979	Conocida como el "Estatuto General de Seguridad", trata de disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo.
Decreto 614 de 1984	Crea las bases para la organización y administración de la Salud Ocupacional en el país.
La Resolución 2013 de 1986	Establece la creación y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en las empresas.
La Resolución 1016 de 1989	Establece el funcionamiento de los Programas de Salud Ocupacional en las empresas.
Ley 100 de 1993	Se crea el régimen de seguridad social integral.
Decreto 222 de 1993	Reglamento de seguridad e higiene en labores mineras
Decreto 0035 de 1994	Disposiciones en materia de seguridad minera

LEY/AÑO	CONTENIDO
Decreto 1281 de 1994	Reglamenta las actividades de alto riesgo.
Decreto 1295 de 1994	Dicta normas para la autorización de las Sociedades sin ánimo de lucro que pueden asumir los riesgos de enfermedad profesional y accidente de trabajo. Determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Establece la afiliación de los funcionarios a una entidad Aseguradora en Riesgos Profesionales. (A.R.P)
Decreto 1346 de 1994	Por el cual se reglamenta la integración, la financiación y el funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez.
Decreto 1542 de 1994	Reglamenta la integración y funcionamiento del Comité Nacional de Salud Ocupacional.
Decreto 1771 de 1994	Reglamenta los reembolsos por Accidentes de trabajo y Enfermedad Profesional.
Decreto 1772 de 1994	Por el cual se reglamenta la afiliación y las cotizaciones al Sistema General de Riesgos Profesionales.
Decreto 1823 de 1994	Se adopta la tabla de Enfermedades Profesionales (derogada)
Decreto 1831 de 1994	Expide la Tabla de Clasificación de Actividades Económicas para el Sistema General de Riesgos Profesionales.
Decreto 1832 de 1994	Por el cual se adopta la Tabla de Enfermedades Profesionales.
Decreto 1834 de 1994	Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Consejo Nacional de Riesgos Profesionales.
Decreto 1835 de 1994	Reglamenta actividades de Alto Riesgo de los Servidores Públicos.
Decreto 2644 de 1994	Tabla Única para la indemnización de la pérdida de capacidad laboral.
Decreto 0305 de 1995	Modifica el artículo 25 de la Ley 100 de 1993
Decreto 692 de 1995	Manual Único para la calificación de la Invalidez.
Decreto 1436 de 1995	Tabla de Valores Combinados del Manual Único para la calificación de la Invalidez.
Decreto 2100 de 1995	Clasificación de las actividades económicas.
Resolución 4059 de 1995	Reportes de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
Circular 002 de 1996	Obligatoriedad de inscripción de empresas de alto riesgo cuya actividad sea nivel 4 o 5.
Ley 320/96	Prevención de accidentes en industrias mayores
Ley 436/98	Se aprueba el Convenio 162 sobre utilización del Asbesto, adoptado por la OIT en 1986.
Ley 378/97	Se aprueba el convenio 161 de la OIT sobre servicios de salud en el trabajo
Ley 776/2002	Normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos profesionales. Modifica las prestaciones económicas de IT, IP o muerte por accidente o enfermedad profesional
Ley 789/2002	Permite incorporar a los estudiantes al Sistema General de Riesgos Profesionales
Decreto 1323 de 2003	Conforma el Consejo Nacional de Riesgos Profesionales
Decreto 2090 de 2003	Define las actividades de alto riesgo para la salud de los trabajadores
Decreto 2800 de 2003,	Afiliación de trabajadores independientes al Sistema de Riesgos Profesionales.
Decreto 2566 de 2009	Por el que se adopta la tabla actual de Enfermedades Profesionales
Ley 9a. De 1979	Es la Ley marco de la Salud Ocupacional en Colombia. Norma para preservar, conservar y mejorar la salud de los individuos en sus ocupaciones.
La Resolución 2400 de 1979	Conocida como el "Estatuto General de Seguridad", trata de disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo.
Decreto 614 de 1984	Crea las bases para la organización y administración de la Salud Ocupacional en el país.

- El Régimen de Pensiones
- La Atención en Salud
- El Sistema General de Riesgos Profesionales: contempla las siguientes contingencias:

ACCIDENTE DE TRABAJO: es un suceso repentino que sobreviene por causa o con ocasión del trabajo y que produce en el trabajador daños a la salud (una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte). Ejemplo herida, fractura, quemadura.

Según lo anterior, se considera accidente de trabajo:

- El ocurrido en cumplimiento de labores cotidianas o esporádicas en la empresa.
- El que se produce en cumplimiento del trabajo regular, de órdenes o en representación del empleador así sea por fuera de horarios laborales o instalaciones de la empresa.
- El que sucede durante el traslado entre la residencia y el trabajo en transporte suministrado por el empleador.

De igual manera, **no se considera un accidente de trabajo** el sufrido durante permisos remunerados o no, así sean sindicales, o en actividades deportivas, recreativas y culturales donde no se actúe por cuenta o en representación del empleador.

ENFERMEDAD PROFESIONAL: es el daño a la salud que se adquiere por la exposición a uno o varios factores de riesgo presentes en el ambiente de trabajo. El Gobierno adopta **42** enfermedades como profesionales, dentro de las cuales podemos mencionar la intoxicación por plomo, la sordera profesional y el cáncer de origen ocupacional. También es Enfermedad Profesional si se demuestra la relación de causalidad entre el factor de riesgo y la enfermedad.

El pilar de esta Legislación es el **Decreto Ley 1295 de 1994**, que obliga a los empleadores a programar, ejecutar y controlar el cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional en la empresa y su financiación. Un Programa de Salud Ocupacional consiste en la planificación, organización, ejecución, control y evaluación de todas aquellas actividades tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores con el fin de evitar accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

La **Resolución 001016 de 1989** obliga a los empleadores a contar con un programa de Salud Ocupacional, específico y particular, de conformidad con sus riesgos potenciales y reales y el número de los trabajadores.

De acuerdo con la actividad principal de la empresa y la exposición a los factores de riesgo, se clasificará en un nivel de riesgo tal y como se muestra en la **tabla**:

CLASIFICACIÓN	TIPO DE RIESGO	EJEMPLOS
Clase I	Actividades consideradas de riesgo mínimo.	La mayor parte de actividades comerciales Actividades financieras Trabajos de oficina Centros educativos Restaurantes, hostelería
Clase II	Actividades consideradas de riesgo bajo	Algunos procedimientos manufactureros como la fabricación de tapetes, tejidos, confecciones. Almacenes por departamentos Algunas labores agrícolas
Clase III	Actividades consideradas de riesgo medio	Procesos manufactureros como fabricación de agujas, alcoholes, alimentos, automotores, artículos de cuero
Clase IV	Actividades consideradas de riesgo alto	Procesos manufactureros como aceites, cervezas, vidrios Procesos de galvanización Transporte
Clase V	Actividades consideradas de riesgo máximo	Areneras Manejo de asbesto Bomberos Manejo de explosivos Construcción Explotación petrolera

Referencia: Grupo de Investigación en Medicina del trabajo (GIMT).

2ª PARTE. LA LEGISLACIÓN EUROPEA Y ESPAÑOLA EN INCAPACIDAD Y DISCAPACIDAD

2.1. Revisión de la normativa europea en incapacidad. Los sistemas de seguridad social en Europa. Prestaciones por incapacidad temporal

Si bien existen en los diferentes países europeos una gran diversidad de sistemas de protección social en general, y de protección de contingencias derivadas de enfermedad común en particular, es posible establecer grupos según el tipo de sistema de protección, que permitan comparar y analizar la eficacia en la gestión de las correspondientes prestaciones económicas. Para ello se ha realizado el estudio de las diferentes normas de ámbito social en treinta países europeos: los 27 países que conforman la Unión Europea (Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, República Checa, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Rumanía, Suecia y Reino Unido) y los tres del Espacio Económico Europeo (Islandia, Noruega y Suiza).

ORGANIZACIÓN Y FINANCIACIÓN DE LA PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL EN EUROPA

Todos los países de la Unión Europea (UE) tienen esquemas solidarios de recuperación y compensación económica para los trabajadores que no pueden acudir a su puesto de trabajo por estar enfermos, es decir, sistemas de prestación de Incapacidad Temporal (IT). No obstante, existe gran diversidad en cuanto a los requisitos y prestaciones en cada país, fundamentalmente en lo referido a tres aspectos:

1. Existen diferencias en función de cuál sea la causa de la enfermedad: las prestaciones y requisitos varían dependiendo de si el origen de la baja laboral es de contingencia profesional (ITCP: accidente de trabajo o enfermedad profesional) o común (ITCC), es decir, no relacionada –al menos administrativamente– con la actividad laboral.

Como regla general, las prestaciones económicas de sustitución de las rentas salariales son mayores cuando se trata de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional que cuando la ausencia al trabajo por enfermedad se debe a una causa no relacionada con la actividad laboral.

También la prestación sanitaria tiende a ser distinta desde el punto de vista organizativo según sea la causa de la baja médica.

2. El segundo factor diferenciador es la consideración que se les da a los **trabajadores autónomos**, en particular en lo referente al pago de las compensaciones retributivas en caso de enfermedad común.

Aunque la mayoría de los países estudiados contemplan la afiliación obligatoria de los autónomos a algún sistema de protección económica en caso de IT por contingencias comunes, algunos países los excluyen a la hora de poder afiliarse. La afiliación para estar protegido ante esta circunstancia es voluntaria en algunos países de la órbita de la extinta Unión Soviética (Bulgaria, Lituania, Polonia y la República Checa) además de en Suiza, donde existe para los trabajadores autónomos un sistema de protección sanitaria similar a un seguro de primarriesgo.

Sólo en cuatro países, Grecia, Italia, Irlanda y Países Bajos, no existe ningún tipo de cobertura pública a la que puedan acogerse los trabajadores autónomos para percibir algún tipo de ingreso en caso de enfermedad común.

Tabla. Estatus de los autónomos en los sistemas públicos de prestaciones económicas por ITCC.

	Alemania	Austria	Bélgica	Bulgaria	Chipre	Dinamarca	Eslovaquia	Eslovenia	España	Estonia	Finlandia	Francia	Grecia	Hungría	Irlanda	Islandia	Italia	Letonia	Lituania	Luxemburgo	Malta	Noruega	Países Bajos	Polonia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Rumanía	Suecia	Suiza	
Obligatorio	1	1																													
Voluntario																															
Ninguno													2		3																

1.- Salvo para los autónomos del sector primario, que no tienen protección.
 2.- Salvo para los autónomos del sector primario, cuya afiliación es obligatoria.
 3.- Los pescadores tienen un esquema de protección voluntario.

Fuente: A partir de datos extraídos del MISSOC (Mutual Information System on Social Protection) 2009.

3. El tercer elemento de diferencia es la **situación y jerarquía de la ITCC** dentro del sistema de prestaciones de la Seguridad Social, que es comúnmente obligatoria para los trabajadores por cuenta ajena y, en la mayor parte de los países, para los autónomos. Lo que varía es el organismo o entramado institucional encargado de la prestación de los servicios correspondientes.

La regla general es que en todos los países de la UE el organismo encargado de llevar a cabo las tareas de asistencia sanitaria y de compensación salarial propias del esquema de protección de ITCC sea un Ministerio o varios cuando la responsabilidad se reparte entre en Ministerio de Salud, el de Bienestar u otros con denominaciones equivalentes- u otro organismo de naturaleza pública con grados diversos de autonomía respecto al resto del aparato público.

Podemos distinguir diferentes grupos en relación con este aspecto:

- Existen países donde la prestación está directamente asociada al seguro médico general, como Alemania;
- En otros, el conjunto de la Seguridad Social acoge esta prestación sin distinciones, como Bulgaria;
- Existen otros sistemas donde la prestación tiene una financiación tarifada de manera común pero el servicio lo prestan otros organismos, según se trate de la prestación sanitaria o de la compensatoria, como es el caso de España.

Los niveles de descentralización de la prestación son igualmente diversos; por ejemplo, en Dinamarca, Noruega y Polonia son los Ayuntamientos –entidades públicas descentralizadas– quienes realizan los pagos de las prestaciones económicas por ITCC bajo la supervisión del Estado Central.

ORGANISMOS IMPLICADOS EN LA GESTIÓN DE ITCC

Además de los organismos públicos dependientes del Estado, en la gestión de la Incapacidad Temporal están implicadas otras entidades, como las Mutuas u organismos asimilables no incluidos directamente en la esfera de responsabilidad política del sistema público de Seguridad Social, si bien en general tienen una participación minoritaria en la gestión de la prestación por ITCC. Sólo en diez de los treinta países (UE y EEE) tienen algún grado de implicación en estos servicios públicos y su naturaleza jurídica es diversa.

Como regla general pueden diferenciarse tres modelos de participación de las Mutuas en la gestión de la ITCC:

- *Sistema centroeuropeo occidental:* En los países de habla alemana (Austria, Suiza y Alemania), el Benelux (Bélgica, Luxemburgo y Países Bajos) y Eslovaquia, las Mutuas tienen de manera exclusiva la gestión de la prestación por ITCC, tanto en su vertiente sanitaria como en la prestación económica. Los Agentes Sociales tienen una participación relevante o exclusiva en los órganos de gestión, por

lo general elegidos de manera democrática entre los representantes de los trabajadores y empresarios y con composición paritaria.

Dentro de este modelo encontramos a su vez tres tipos de participación de las Mutuas en la gestión de la ITCC:

- En Eslovenia, Luxemburgo y Países Bajos existe una sola Mutua centralizada para todo el territorio que se encarga de la prestación de los servicios en los casos de ITCC por delegación del sistema común de la Seguridad Social del Estado.
- En Alemania, Suiza y Bélgica existen diversas Mutuas, y el trabajador tiene completa libertad de elección para ser incluido en la que decida.
- Austria es el único país en el que la afiliación a una determinada Mutua es obligatoria y se basa en razones territoriales u ocupacionales, sin posibilidad de elección por parte del trabajador o de la empresa.
- *Sistema checoslovaco:* En la República Checa y Eslovaquia la división en cuanto a la participación del sector público y de las Mutuas en la gestión de la ITCC es meramente funcional: las Mutuas se encargan de prestar los servicios sanitarios, mientras que el sector público es el encargado de la gestión de las compensaciones económicas por la pérdida de ganancia salarial mientras se esté de baja.
- *Sistema europeo generalizado:* En la mayoría de los países el único organismo responsable de la prestación de ITCC, tanto en su vertiente sanitaria como económica, es el sistema de Seguridad Social público.

Mención aparte merece el *Sistema español*: España es el único país con un peculiar sistema de gestión de la ITCC, de manera que son competentes tanto el Instituto Nacional de la Seguridad Social (ente público de gestión por excelencia) y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, entidades privadas, habiendo libertad de elección por parte del empresario y del trabajador autónomo para afiliarse con el que más le pueda interesar (ver Tabla en página siguiente).

Cobertura de la prestación de ITCC

La cobertura de la prestación de ITCC abarca dos campos diferentes:

- Componente de prestaciones sanitarias: atención médica, cuidados sanitarios incluyendo la rehabilitación y, en algunos países, el complemento de esos cuidados asistenciales y paliativos con otras formas de servicios sociales.
- Componente económico: compensación económica para paliar la pérdida de ganancia debida a enfermedad y, por tanto, merma en los ingresos salariales. Esta disminución en los salarios es la práctica generalizada en todos los países durante

Organismos encargados de la gestión de la prestación de ITCC				
SERVICIO PÚBLICO	MUTUAS (con libertad de elección)	MUTUAS (sin libertad de elección)	AGENTES SOCIALES	PAÍS
	X			ALEMANIA
		X		AUSTRIA
	X			BÉLGICA
X				BULGARIA
X				DINAMARCA
X	X			ESPAÑA
X	X			ESLOVAQUIA
			X	ESLOVENIA
X				ESTONIA
X				FINLANDIA
X				GRECIA
X				HUNGRÍA
X				IRLANDA
X				ISLANDIA
X				ITALIA
X				LETONIA
			X	LUXEMBURGO
X				MALTA
X				NORUEGA
			X	PAÍSES BAJOS
X				PORTUGAL
X				REINO UNIDO
X	X			REPÚBLICA CHECA
X				SUECIA
	X			SUIZA

Fuente: A partir de datos extraídos del MISSOC (*Mutual Information System on Social Protection*) 2010.

los procesos de ITCC, aunque existen diferentes esquemas según la relación laboral y contractual del trabajador.

Esta división en ambas vertientes no afecta sólo a la estructura organizativa de la gestión, como se apuntó en el apartado anterior, diferenciándose los organismos encargados de prestar cada una de los elementos mencionados, sino que se extiende al entramado institucional-financiero encargado de costear tales prestaciones.

Con la excepción de Suiza, donde las Mutuas pueden fijar de manera unilateral según las características del trabajador las cotizaciones que sirven para financiar el sistema de protección por ITCC, la financiación en general es bastante parecida en todos los países en cuanto a las características de los trabajadores.

En cuanto a la cobertura de la **protección sanitaria** en situaciones de ITCC existen dos tipos de modelos, básicamente derivados de la distinta organización de la sani-

dad pública de cada país, si bien lo habitual es que el sistema englobe características de ambos modelos, siendo menos frecuente que se den en estado puro:

- *Modelo alemán o contributivo (BISMARCK)*: financiado por contribuciones sociales provenientes del factor “trabajo”, que se aplican sobre las nóminas con independencia de quién las pague, siendo la norma general una combinación de pagos empresariales y del propio trabajador cubierto por la garantía de la sanidad pública. De estos pagos se benefician los propios trabajadores cotizantes, las personas dependientes de ellos no activas laboralmente y el resto de personas laboralmente inactivas, en la mayor parte de los casos (los pagos de los activos financian la sanidad del conjunto del sistema). Reposa sobre cotizaciones diferenciadas según el volumen de rentas del asegurado y, en consecuencia, otorga prestaciones en proporción a estas rentas.

- En contraposición se sitúa el *modelo inglés* o *de cobertura universal (BEVERIDGE)*: los pagos para la financiación de la prestación sanitaria son independientes de las cotizaciones sociales, y se realizan con base a impuestos o tasas distintas del montante que se carga a la nómina. Las cotizaciones son uniformes para todos los asegurados y otorga prestaciones uniformes para todos ellos, con universalización de la cobertura, de modo que abarque a toda la población con derecho protegible en virtud del simple título de ciudadano.

Financiación de la prestación de ITCC

De los 30 países que componen la UE y el EEE, en la inmensa mayoría las **prestaciones sanitarias** asociadas a la ITCC se financian con contribuciones aplicadas a las nóminas salariales de los trabajadores, es decir, se puede concluir que es un triunfo, al menos desde el punto de vista organizativo, del modelo alemán, si bien lo más habitual es un modelo mixto, de modo en la financiación de la cobertura sanitaria además de las contribuciones de las nóminas de los trabajadores (modelo alemán), generalmente intervienen también partidas económicas provenientes de otros ingresos públicos; de hecho, tan sólo en cinco países las prestaciones sanitarias se financian exclusivamente con las contribuciones provenientes de las nóminas: Eslovenia, Italia, Países Bajos, Rumanía y Suiza.

En los países que optan por financiar, ya sea de manera única o complementaria, las prestaciones sanitarias de ITCC con base en contribuciones sociales derivadas del salario, el sistema mayoritariamente utilizado es el de contribución mixta de empresarios y asalariados. Sólo en Italia la financiación la realiza exclusivamente el empresario, y sólo en Polonia y Suiza son los propios trabajadores los que cubren la totalidad de la contribución. En Finlandia la financiación se hace bajo el principio de “al 50%”: el 50% de las cotizaciones las aporta el trabajador y el otro 50% el Estado.

En cuanto al modelo inglés puro (financiación exclusiva derivada de impuestos u otras tasas no derivadas de las nóminas de los trabajadores) únicamente se adopta en ocho países (Chipre, Dinamarca, España, Irlanda, Islandia, Letonia, Portugal y Suecia), en los que las prestaciones sanitarias asociadas a la ITCC se pagan únicamente con ingresos distintos de las contribuciones sociales de la nómina de los trabajadores (ingresos provenientes de los presupuestos generales del Estado).

Por otra parte, en relación con la **prestación económica** sustitutiva de la pérdida de salario en las situaciones de ITCC, se da el caso contrario: lo habitual es que se financie con las contribuciones sociales aplicadas a las nóminas salariales de los trabajadores, y no llega ni a la mitad el número de países que opta por la aportación de otros ingresos públicos para financiar esta prestación. Únicamente Islandia costea la prestación económica derivada de una ITCC exclusivamente con ingresos procedentes de los impuestos. Los países que realizan alguna

aportación de este tipo (distintas a las contribuciones sociales de las nóminas) en mayor o menor cuantía para financiar el pago de esta prestación son Alemania, Bélgica, Eslovaquia, Francia, Hungría, Lituania, Polonia, Portugal y Reino Unido.

Respecto a las cotizaciones sociales de las nóminas de los trabajadores de las que se extrae la financiación para la prestación económica de la ITCC, la distribución de tales aportaciones entre asalariado y empresario, al igual que en el caso de la financiación de la prestación sanitaria, es la fórmula más utilizada. Tan sólo Italia opta por un sistema de financiación exclusivamente costeado por los empresarios (en Suecia la financiación se realiza con contribuciones de empresarios y autónomos, y en Rumanía con las de empresarios, autónomos y desempleados, sin participación de trabajadores por cuenta ajena en estos dos países). En el polo opuesto, únicamente en Suiza y Polonia es el trabajador el que realiza en solitario las contribuciones para la cobertura económica de la ITCC.

En la tabla siguiente se encuentran esquematizados los modelos de financiación de las prestaciones de ITCC.

Contribuciones para financiar la prestación de ITCC

Con independencia de cuál sea el órgano encargado de la gestión de la prestación por ITCC, son las autoridades públicas las que determinan las cuantías de la financiación, así como las encargadas de velar por la supervisión de la gestión.

La financiación al sistema de protección de la ITCC puede realizarse a través de transferencia directa de fondos a la entidad gestora, mediante la obligatoriedad de dedicar tasas o impuestos específicos para este fin o, lo más habitual, fijando los tipos de las contribuciones sociales en porcentajes sobre las nóminas salariales.

También en este apartado existen diferencias entre los países europeos:

- El primer elemento de variedad en las cotizaciones es que no afectan con igual **intensidad** a todas las nóminas. Las diferencias en la cotización son múltiples: puede ser por *edad*, por *ocupación* (diferenciando entre trabajadores manuales y no manuales), por *ramas de actividad* o según mecanismos más complejos de clasificar.
- Otra diferencia es la existencia en muchos países de **topes** mínimos y máximos en la **base imponible** de las cotizaciones.

Debe señalarse que existe un grupo de Estados en los que la prestación por ITCC no tiene financiación propia, sino que se contempla dentro de las cotizaciones generales a la Seguridad Social; en ellos, una parte de la nómina de los trabajadores sirve para financiar y cubrir todos los aspectos de la protección social (incapacidad temporal y permanente de origen no laboral, jubilación, orfandad, maternidad, etc.).

En otros casos, aunque existe una cotización propia aplicada sobre la nómina para la financiación de ambos

Tabla. Financiación de la prestación de ITCC.

	PAGOS EN ESPECIE (Prestación sanitaria)			PAGOS EN EFECTIVO (Prestación económica)		
	Contribuciones de la nómina		Impuestos o tasas (PGE)	Contribuciones de la nómina		Impuestos o tasas (PGE)
	Empresarios	Trabajadores		Empresarios	Trabajadores	
ALEMANIA	X	X	X	X	X	X
AUSTRIA	X	X	X	X	X	
BÉLGICA	X	X	X	X	X	X
BULGARIA	X	X	X	X	X	
CHIPRE			X	X	X	
DINAMARCA			X	X	X	
ESLOVAQUIA	X	X	X	X	X	X
ESLOVENIA	X	X		X	X	
ESPAÑA			X	X	X	
ESTONIA	X		X	X		X
FINLANDIA		X	X	X	X	X
FRANCIA	X	X	X	X	X	X
GRECIA	X	X	X	X	X	X
HUNGRÍA	X	X	X	X	X	X
IRLANDA			X	X	X	
ISLANDIA			X			X
ITALIA	X			X		
LETONIA			X	X	X	
LITUANIA	X	X	X	X	X	X
LUXEMBURGO	X	X	X	X	X	X
MALTA	X	X	X	X	X	X
NORUEGA	X	X	X	X	X	
PAÍSES BAJOS	X	X		X	X	
POLONIA		X	X		X	X
PORTUGAL			X	X	X	X
REINO UNIDO	X	X	X	X	X	X
REP. CHECA	X	X	X	X	X	
RUMANÍA	X	X		X		
SUECIA			X	X		
SUIZA		X			X	

PGE: Presupuestos Generales del Estado. Fuente: A partir de datos extraídos del MISSOC (*Mutual Information System on Social Protection*), enero-2011.

aspectos de la prestación de ITCC –la prestación sanitaria y la prestación económica–, la disparidad entre los países en los porcentajes aplicados para la financiación de la prestación es enorme, fundamentalmente en relación con la obligación impuesta al empresario de costear él directamente los días de baja laboral.

En algunos países la cotización está además desagregada entre los dos ámbitos prestacionales, sanitario y económico; en estos casos generalmente el tipo de cotización más alto es el dedicado a la financiación de las

prestaciones sanitarias. Los países con las cotizaciones salariales para la prestación sanitaria más alta son la república Checa (13.05%) y Eslovaquia (14%) y aquéllos con contribuciones menores para esta prestación son Bulgaria (8%), Grecia (6.45%) y Hungría (5.5%). En cuanto a las cotizaciones destinadas a compensar la pérdida ganancial debida a la ITCC (**prestación económica**) también encontramos grandes diferencias motivadas fundamentalmente por dos factores:

1. La tasa de absentismo laboral

2. El período de baja laboral que financia directamente el empresario: generalmente le corresponde el pago en los primeros días de baja, que es precisamente donde se acumula la mayor parte del gasto económico por IT.

El tipo de cotización más alto para sufragar la prestación económica por ITCC lo ostenta Suecia, el 5,95% del salario bruto, y ello a pesar de que el empresario corre con los pagos durante los primeros 14 días de baja. En Dinamarca la cotización es de aproximadamente el 8% (se cotiza globalmente al sistema de Seguridad Social para diferentes prestaciones). El resto de países aplica porcentaje del salario bruto en una franja que varía del 3.5% en Bulgaria hasta únicamente el 0,50% en Luxemburgo.

En otros países (Alemania, Austria, Eslovenia, Francia, Italia y Noruega) la cotización es única, sin distinguirse la proporción destinada a cada contraprestación (especie o económica).

Por otra parte, la contribución para financiar la prestación de ITCC tampoco es equitativa entre empresarios y trabajadores, aunque el objeto impositivo último sea siempre la nómina, siendo generalmente el empresario el que soporta la mayor parte de la retribución con las siguientes excepciones:

- Chipre, donde participan al 50% empresario y trabajador (cotización general al sistema de Seguridad Social).
- Eslovenia (contribución para IT sin distinguir si es destinada a prestación sanitaria o económica).
- Eslovaquia (la participación es al 50% para empresario y trabajador en la contribución para la prestación económica de IT, siendo más del doble la cotización del empresario respecto a la del trabajador en la contribución para la financiación de la prestación sanitaria).
- Hungría: la contribución del trabajador es mayor que la del empresario para la financiación de ambas prestaciones (sanitaria y económica).
- Lituania: la aportación del trabajador es mayor en la financiación de la prestación sanitaria, pero el empresario contribuye en mayor medida para la financiación de la prestación económica.
- Luxemburgo: la aportación de empresario y trabajador es la misma (al 50%) tanto para la prestación sanitaria como para la económica, con la salvedad de que el empresario paga un porcentaje adicional a la prestación sanitaria en función del absentismo de su empresa.
- Rumanía: la contribución es al 50% para la financiación de la prestación sanitaria, pero el empresario aporta mayor cantidad para la prestación económica.

Duración de la prestación económica de ITCC

Además de las diferencias que ya se han ido mencionando entre los distintos países europeos en lo concer-

niente a la prestación por ITCC (origen de la financiación, cotización, etc.) también varían las cantidades económicas percibidas como compensación por la pérdida de ganancia durante la baja laboral y la duración de tal prestación. Existe una gran variedad a este respecto; así, el país en el que la prestación económica por ITCC dura menos es Lituania (máximo de cuatro meses). Lo más habitual es que el límite temporal de cobro de prestación por ITCC sea un año, pasando en algunos países a percibir otro tipo de cobertura de la Seguridad Social o bien reincorporándose al puesto de trabajo.

En Portugal, Francia y los Países Bajos, el período de tiempo en el que un trabajador puede percibir un subsidio económico del sistema de protección social por ITCC para compensar la falta de salario durante la baja laboral se extiende entre los dos y los tres años, siendo los países que cuentan con un sistema de cobertura más prolongado.

Hay ciertos países en los que la prestación por ITCC es ilimitada en el tiempo:

- Bulgaria: Prestación económica de IT durante un periodo de tiempo ilimitado, hasta que el trabajador recupere la capacidad para el trabajo o sea declarado Incapacitado Permanente.
- Irlanda: La prestación económica de IT es ilimitada (hasta los 66 años de edad) en caso de que el trabajador haya cotizado más de 260 semanas y estuviera cobrando la prestación a principios del año 2009. Desde enero de 2009 la prestación por IT tiene un límite de 2 años si el trabajador ha cotizado previamente más de 260 semanas; si tiene cotizadas entre 52 y 260 semanas el límite de la prestación económica por IT es de 52 semanas.
- Suecia: la prestación económica por IT puede percibirse durante un periodo ilimitado de tiempo en determinadas circunstancias: enfermedades tumorales graves, enfermedades neurológicas graves, como Esclerosis Lateral Amiotrófica o si el paciente está en espera de un trasplante de órgano.

Un grupo amplio de países aplica prórrogas para ampliar los períodos de prestación de IT, en determinadas circunstancias, o dichos períodos varían en función de la patología padecida por el trabajador o de las cotizaciones previas que éste hubiera realizado:

- Chipre: los 156 días de IT pueden ampliarse a 312 si prevé recuperación de la capacidad laboral.
- Dinamarca: período máximo normal de IT de 52 semanas que puede ampliarse si se inicia un proceso reeducativo que pueda permitir reincorporarse al trabajador al mercado de trabajo; si se inicia la valoración de incapacidad del paciente o si la IT ha sido por accidente laboral.
- Eslovenia: 180 días que pueden prorrogarse si una comisión médica de valoración lo estima conveniente en función de la patología y posibilidades de recuperación del trabajador.

- España: 180 días prorrogables a 545, si se estima posible la reincorporación del trabajador.
- Francia: 360 días (en un período de 3 años) que pueden ampliarse hasta 1080 días en caso de enfermedades graves.
- Grecia: en función de las cotizaciones previas del trabajador, el período de IT podrá alcanzar una duración de 182, 360 ó 720 días.
- Letonia: 26 semanas si el proceso de IT es continuado o 52 semanas (en un período de 3 años) si son procesos repetitivos o un mismo proceso con interrupciones.
- Malta: 156 días laborables prorrogables a 312 días en un periodo de dos años en casos de cirugía mayor o enfermedades graves de tratamiento prolongado.

En cuanto a los países que aplican una prórroga del período de prestación de IT por patologías, llama la atención que la mayor parte recogen la Tuberculosis como causa:

- Estonia: IT habitual: 182 días; en caso de Tuberculosis (TBC): 240 días.
- Italia: IT habitual: 180 días en un año. En caso de TBC: ilimitado mientras esté el trabajador bajo tratamiento y hasta dos años tras ingreso.
- Polonia: IT habitual: 182 días; en caso de Tuberculosis (TBC): 240 días.
- Portugal: Período máximo de IT: 1095 días; en caso de TBC: ilimitado.
- Rumanía: 183 días en un período de un año. En caso de TBC pulmonar o enfermedad cardiovascu-

lar grave: 365 días en dos años; en caso de TBC meníngea, peritoneal o urogenital, SIDA o determinados cánceres (según el estadio): 365 días ampliables a 545.

En el gráfico 1 se resumen las duraciones máximas de la prestación económica de ITCC en los distintos países europeos estudiados.

Importe de la prestación económica de ITCC

Otra de las características diferenciales de la prestación económica de IT de los distintos sistemas de Seguridad Social de los países europeos es el importe de las cantidades económicas percibidas como compensación por la pérdida de ganancia durante la baja laboral. Dicho importe en general se calcula en función de los salarios que el trabajador venía percibiendo los meses antes al inicio de la baja laboral (y, por ende, de las cotizaciones efectuadas al sistema de protección) con un tope tanto inferior como superior, excepto en Suiza, donde dicho sistema semeja a un seguro privado y cada trabajador puede pactar con la Mutua aseguradora las cotizaciones que quiere realizar y cobrará una cantidad en función de lo pactado.

Entre los distintos países se observan, no obstante, dos semejanzas en cuanto a la cuantía de la prestación económica por ITCC recibida por el trabajador:

1. La cuantía de la prestación va a ser menor que el salario normal durante la actividad laboral: esta fórmula es la más lógica para que el sistema de protección no genere incentivos contra el trabajo,

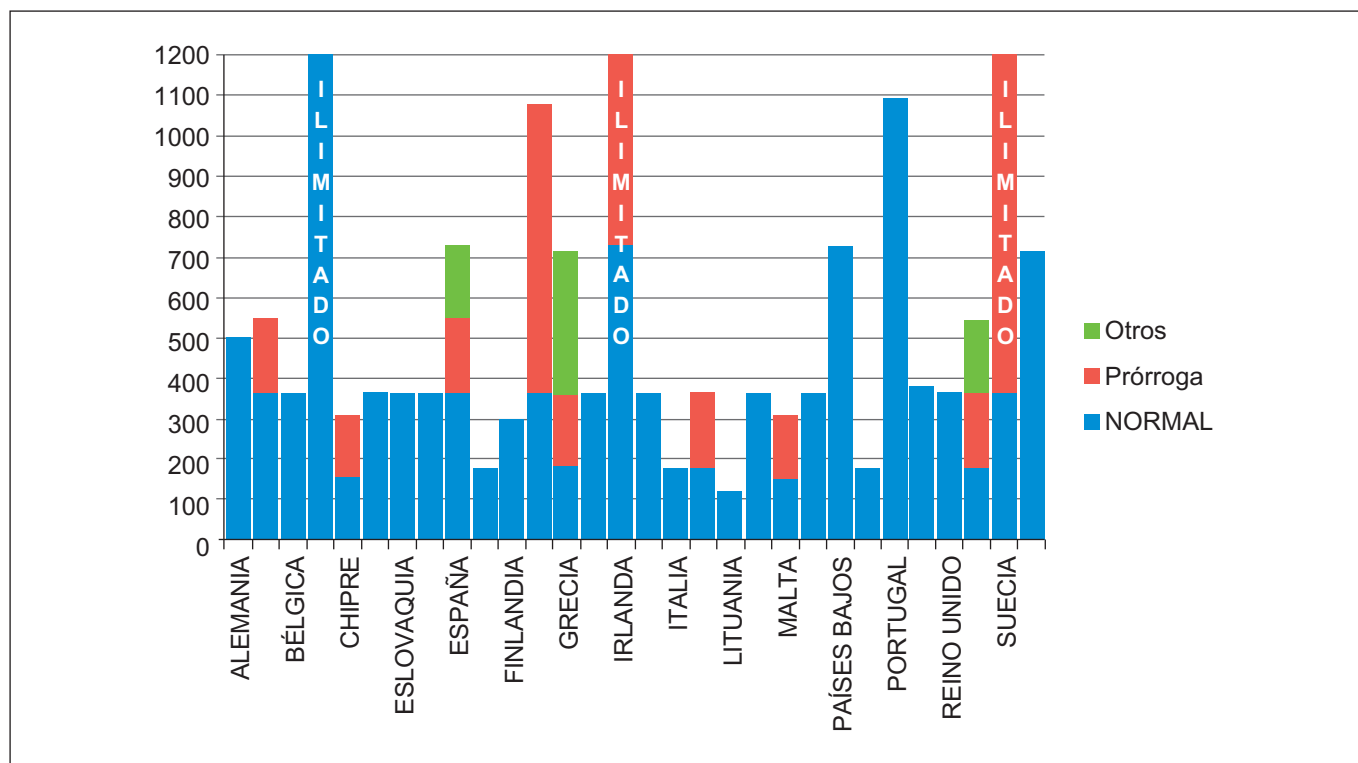


Gráfico 1. Duración de la prestación económica de ITCC en días.

Fuente: A partir de datos extraídos del MISSOC (Mutual Information System on Social Protection), enero-2011.

cosa que sí ocurriría si la inactividad estuviera bien remunerada; el importe máximo que se puede alcanzar es el 100% del salario.

2. Según va avanzando el tiempo en que el trabajador se encuentra en situación de IT va disminuyendo la cantidad percibida.

Entre los países que compensan con el 100% del salario durante periodos de tiempo más prolongado se encuentran:

- Alemania: durante 6 semanas;
- Austria: entre 6 y 12 semanas según la antigüedad del trabajador en la empresa;
- Bélgica: 15 días para trabajadores manuales y 30 para no manuales;
- Dinamarca: 21 días (posteriormente dependerá del salario del trabajador, puesto que el montante de la prestación tiene un límite máximo);
- Estonia: durante 4 días (del 4º al 8º);
- Finlandia: los 9 primeros días;
- Italia: durante todo el período de IT (máximo: 180 días en un año);
- Luxemburgo: Durante todo el período (máximo: 52 semanas);
- Noruega: Durante todo el período (52 semanas)

La media aproximada del porcentaje del salario percibido como compensación por la pérdida ganancial durante una baja laboral se encuentra en torno al 75%.

En cuanto a la disminución progresiva de la compensación en función de la duración de la IT, si bien es lo habitual, hay determinados países en los que ocurre lo contrario: la prestación aumenta al aumentar la duración de IT:

- Bulgaria: los tres primeros días (el 70% del salario) corren a cargo del empresario, y a partir del cuarto día el sistema de Seguridad Social paga el 80% del salario.
- España: desde el 4º al 20º día de IT la prestación es del 60%, pasando a ser el 75% a partir del día 21º.
- Grecia: la prestación está en función de las personas a cargo que tenga el trabajador, con un tope máximo de 15,99 euros/día entre el día 1º y 15º y de 29,31 euros/día a partir del 16º.
- Italia: los 20 primeros días el trabajador percibe el 50% del salario, pasando a percibir el 66,66% a partir del 21º día de IT.
- Letonia: los días segundo y tercero percibe el 75% del salario, y posteriormente el 80%;.
- Lituania: los dos primeros días el empresario paga el 80% del salario; desde el tercer día lo hace el sistema de seguridad social, con una prestación de 40% hasta el 7º día y del 80% a partir del 8º;
- Portugal: si la IT dura hasta 90 días la prestación es del 65%; entre 91 y 365 días, del 70% y a partir de 366 días, del 75%.
- Reino Unido: La prestación de Seguridad Social abona 80 euros/semana entre los días 1 y 196 de IT, y 95 euros/semana a partir del día 196 en IT.

Conviene recordar que en la mayoría de los países europeos hay una parte de la prestación económica de IT que la paga directamente el empresario, con independencia de que se solape esta prestación con la procedente de la Seguridad Social. Por otra parte, en algunos países los primeros días de baja laboral corren por cuenta del trabajador, como en España, Estonia, Reino Unido y República Checa (los tres primeros días) y el primer día en Letonia y Suecia.

No obstante, independientemente de lo legalmente establecido, en la mayoría de países existen convenios colectivos entre las empresas y sus trabajadores que proporcionan un aumento de la cobertura económica (pagando los días que corresponderían al trabajador y/o aumentando el porcentaje de la prestación de ITCC).

En el gráfico 2 se recogen los días de prestación de IT que corresponde pagar al empresario y a la Seguridad Social durante el primer año de baja.

Como conclusión comentar que gracias a los sistemas de compensación –en especie y económica– durante los períodos de baja laboral por enfermedad el trabajador se encuentra protegido, pero a su vez el gasto invertido por los Estados para amparar a los ciudadanos ante tales contingencias es tal que todos ellos cuentan con sistemas de seguimiento y control (médico y administrativo) para intentar evitar el uso indebido de las prestaciones.

2.2. Revisión de la Normativa Española en incapacidad

El artículo 41 de la Constitución Española de 1978 establece el derecho de los españoles a la Seguridad Social. El sistema español de Seguridad Social se configura según la acción protectora del mismo en dos modalidades: contributiva y no contributiva, y se fundamenta en los principios de universalidad, unidad, solidaridad e igualdad. De este modo el Estado, por medio de la Seguridad Social, garantiza a las personas comprendidas en el campo de aplicación de ésta, así como a los familiares o asimilados que tuvieran a su cargo y siempre que se cumplan los requisitos exigidos, la protección adecuada frente a las contingencias y en las situaciones que contempla la Ley que regula el sistema de Seguridad Social español: Ley General de Seguridad Social.

Una de las primeras prestaciones que el sistema de Seguridad Social creó fue la de Incapacidad Temporal (IT) para dar amparo y cobertura al trabajador y su familia ante situaciones de enfermedad o accidente que le imposibilitaran obtener ingresos por su trabajo. EL problema surge cuando se estudia la evolución de esta prestación; así, en los últimos años hemos asistido a un importante crecimiento del gasto económico correspondiente a la prestación de Incapacidad Temporal debido a múltiples factores relacionados con la evolución del mercado laboral y con el gran aumento de población protegida por el sistema de Seguridad Social, pero igualmente por la propia configuración de la prestación

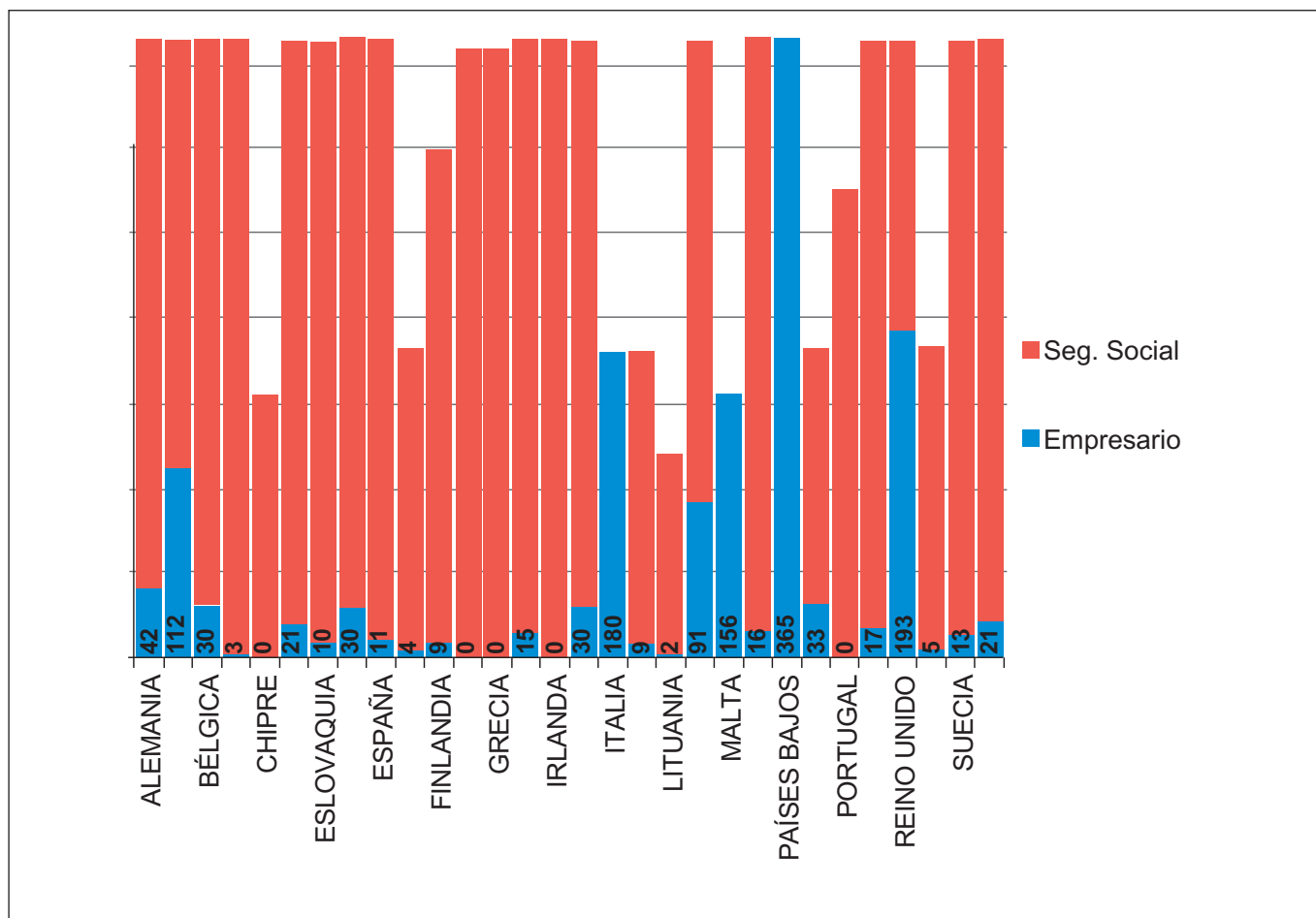


Gráfico 2. Distribución del pago de la prestación económica de ITCC durante el primer año.

Fuente: A partir de datos extraídos del MISSOC (*Mutual Information System on Social Protection*), enero-2011.

que, en gran número de ocasiones, ha servido como refugio de otras situaciones que no encajan en su mecanismo de cobertura.

El Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), es la norma que recoge todas las disposiciones en materia de Seguridad Social de nuestro ordenamiento jurídico, incluyendo todas las modificaciones y nuevas normas que van surgiendo con posterioridad, por lo que a fecha actual dicho Texto Refundido se compone de 234 artículos, 53 disposiciones adicionales, 19 disposiciones transitorias, 1 disposición derogatoria y 7 disposiciones finales. Pues bien, los artículos 128 a 133 de esta norma recogen la normativa básica acerca de la prestación por incapacidad temporal de nuestro sistema de Seguridad Social y los artículos 136 a 149, sobre la prestación de incapacidad permanente en sus 2 modalidades: contributiva y no contributiva. Además, los artículos 150 a 152 establecen la regulación básica de las lesiones permanentes no invalidantes.

El gasto en IT ha soportado crecimientos anuales en torno al 14%, cifras que no se explican únicamente desde

un punto de vista sanitario y, fundamentalmente, que el sistema no puede soportar, por lo que, a partir de la publicación de la Ley General de la Seguridad Social, la legislación ha ido ampliando la normativa progresivamente para establecer la dinámica de gestión y control de la prestación, siempre en aras de conseguir un uso racional y adecuado del gasto.

Hay que tomar en consideración que el absentismo derivado de accidentes y enfermedades es un factor que incide directamente en la productividad de las organizaciones empresariales y en la competitividad de sus productos y servicios. Por todo ello, conjugar el derecho del trabajador a una protección suficiente en casos de enfermedad y accidente con el mantenimiento de la prestación en los estrictos términos para los que está concebida, es la difícil tarea a la que todos los agentes competentes en la declaración y mantenimiento de esta situación deben aplicarse con honestidad y profesionalidad.

En este capítulo se hará una revisión de la normativa española existente en materia de Incapacidad, siendo la primera referencia la Constitución Española, como se ha reflejado anteriormente:

1. CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA de 27 de diciembre de 1978 (BOE de 29 de diciembre de 1978), artículo 41: *Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.*

2. REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/1994, DE 20 DE JUNIO, POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (B.O.E. nº 154, de 29 de junio).

I. Incapacidad Temporal:

- * Artículo 128: Concepto.
- * Artículo 129: Prestación económica.
- * Artículo 130: Beneficiarios.
- * Artículo 131: Nacimiento y duración del derecho al subsidio.
- * Artículo 131-bis: Extinción del derecho al subsidio.
- * Artículo 132: Pérdida o suspensión del derecho al subsidio.
- * Artículo 133: Períodos de observación y obligaciones especiales en caso de enfermedad profesional.
- * Disposición adicional trigésima séptima: Ampliación de la protección por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia o autónomos.
- * Disposición adicional quincuagésima segunda: Competencias sobre los procesos de Incapacidad Temporal.

Esta disposición fue añadida a la LGSS por la disposición adicional decimonovena, cinco, de la **Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo.**

A tal efecto se dictó la **Resolución de 15 de noviembre de 2010, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social**, por la que se fija la fecha en la que determinadas Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Instituto Social de la Marina asumirían competencias en relación con la gestión de la prestación por incapacidad temporal.

II. Incapacidad Permanente:

Modalidad contributiva

- * Artículo 136: Concepto y clases.
- * Artículo 137: Grados de incapacidad.
- * Artículo 138: Beneficiarios.
- * Artículo 139: Prestaciones.
- * Artículo 140: Base reguladora de las pensiones de incapacidad permanente por contingencias comunes.
- * Artículo 141: Compatibilidades en el percibo de prestaciones económicas por incapacidad permanente.
- * Artículo 142: Norma especial sobre incapacidad derivada de enfermedad profesional.
- * Artículo 143: Calificación y revisión.

Modalidad no contributiva

- * Artículo 144: Norma Beneficiarios.
- * Artículo 145: Cuantía de la pensión.
- * Artículo 146: Efectos económicos de las pensiones.
- * Artículo 147: Compatibilidad de las pensiones.
- * Artículo 148: Calificación.
- * Artículo 149: Obligaciones de los beneficiarios.

3. LEY 40/2007, DE 4 DE DICIEMBRE, DE MEDIDAS EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL (B.O.E nº 291, de 5 de diciembre de 2007).

- * Artículo 1: modifica el artículo 128 de la LGSS, quedando con su redacción actual.
- * Artículo 8: Incapacidad temporal y desempleo.
- * Disposición adicional decimoséptima: Régimen Especial de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.
Introduce modificaciones en el texto refundido de la **Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado**, aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio.
- * Disposición adicional decimonovena: Procedimiento de revisión de altas en casos de incapacidad temporal:
Reglamentariamente se regulará el procedimiento administrativo de revisión, por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y a instancia del interesado, de las altas que expidan las entidades colaboradoras en los procesos de incapacidad temporal. (Desarrollada posteriormente por el Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre).

4. 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 incapacidad temporal (B.O.E nº 235, de 29 de septiembre de 2009).

- * Artículo 3: Procedimiento de disconformidad con el alta médica emitida por las entidades gestoras.
- * Artículo 4: Procedimiento administrativo de revisión de las altas médicas expedidas en los procesos de incapacidad temporal.

5. REAL DECRETO 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social (B.O.E. nº 198, de 19 de agosto de 1995).

Determina las competencias del Instituto Nacional de la Seguridad Social en materia de incapacidades laborales, establece la constitución, composición y funciones de los equipos de valoración de incapacidades y concreta el procedimiento administrativo para evaluar la incapacidad en orden al reconocimiento, inicialmente o en los supuestos de revisión de grado, de las prestaciones económicas por invalidez permanente así como las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, no invalidantes, derivadas de contingencias profesionales.

6. REAL DECRETO 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. (B.O.E. nº 296, de 12 de diciembre de 1995).

Regula la colaboración en la gestión de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes y en la gestión del subsidio por incapacidad temporal en el Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos y de los trabajadores por cuenta propia incluidos en el Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social y las condiciones para dicha gestión, tratando aspectos tales como el ejercicio de la opción y su formalización, régimen de la prestación, registros, seguimiento y control de las prestaciones, régimen financiero y contabilidad.

7. ORDEN DE 18 DE ENERO DE 1996 para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del Sistema de la Seguridad Social. (B.O.E. nº 23, de 26 de enero de 1996).

8. REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (B.O.E. nº 75, de 29 de marzo de 1995).

* Artículo 48: Suspensión con reserva de puesto de trabajo

Establece la reserva del puesto de trabajo durante un período de dos años en los supuestos de declararse al trabajador una incapacidad permanente total para la profesión habitual, absoluta para todo trabajo o gran invalidez, cuando, a juicio del órgano de calificación, la situación de incapacidad vaya a ser previsiblemente objeto de revisión por mejoría que permita su reincorporación al puesto de trabajo.

9. LEY 13/1996, DE 30 DE DICIEMBRE, DE MEDIDAS FISCALES, ADMINISTRATIVAS Y DEL ORDEN SOCIAL (B.O.E. nº 315, de 31 de diciembre de 1996).

* Artículo 78: Colaboración en materia de incapacidad temporal.

Se establece la colaboración entre las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) y el Sistema Nacional de la Salud en la gestión de la incapacidad temporal mediante mecanismos para que el personal facultativo sanitario de ambos sistemas pueda acceder a los diagnósticos que motivan la situación de incapacidad temporal, con las garantías de confidencialidad en el tratamiento de los datos que se establezcan.

También recoge que los médicos adscritos a las correspondientes Entidades Gestoras o Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social podrán formular propuestas de alta médica de los procesos de incapacidad temporal como consecuencia de la actividad de control a la que vienen obligados los trabajadores para la percepción de las prestaciones.

10. REAL DECRETO 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y con-

trol de la prestación económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal. (B.O.E. nº 98, de 24 de abril).

Este Real Decreto se inscribe en el programa del Gobierno de lucha contra el uso indebido de la protección social y el fraude. Regula los mecanismos de colaboración entre las diferentes entidades gestoras de la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud y regula también la forma de expedición de los partes de baja o altas médicas, de manera que exista un mayor rigor en la constatación de la enfermedad y de su incidencia en la capacidad de trabajo del interesado.

11. ORDEN DE 19 DE JUNIO DE 1997 por la que se desarrolla el RD 575/1997, que modifica determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal (B.O.E. nº 150, de 24 de junio de 1997).

12. ORDEN DE 18 DE SEPTIEMBRE DE 1998 por la que se modifica la de 19 junio de 1997, que desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal (B.O.E. nº 230, de 25 de septiembre de 1998).

13. REAL DECRETO LEGISLATIVO 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (B.O.E. nº 154, de 28 de junio de 2000).

14. RESOLUCIÓN DE 3 DE FEBRERO DE 2010, de la Subsecretaría del Ministerio de la Presidencia, por la que se publica el Acuerdo de encomienda de gestión entre la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado y el Instituto Nacional de la Seguridad Social para 2010 para la realización de determinados reconocimientos médicos (B.O.E. nº 35, de 9 de febrero de 2010).

La Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado encomienda al Instituto Nacional de la Seguridad Social la realización de reconocimientos médicos a sus mutualistas en situación de incapacidad temporal con el fin de poder hacer efectivo el control y seguimiento de tal situación, de conformidad con lo previsto en el artículo 19 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, en la redacción dada por la Ley 2/2008, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2009, y su normativa reglamentaria de desarrollo.

La legislación española relacionada con la incapacidad incluye otras normas no recogidas en este capítulo, pero puede decirse que desde el punto de vista médico las que se han incluido son las más interesantes, al tratarse de los principios básicos de calificación de incapacidad, tanto temporal como permanente, y de los instrumentos de gestión que se han ido desarrollando para conseguir una gestión racional y evitar un uso indebido de las prestaciones económicas derivadas de las situaciones de incapacidad laboral.

2.3. El daño laboral como causa de incapacidad temporal (IT) o permanente (IP), tipos y lesiones permanentes no invalidantes

En nuestra sociedad actual todos los ciudadanos en edad activa, salvo excepciones, perseguimos formar parte del mundo laboral desempeñando un puesto de trabajo en consonancia, dentro de lo posible, con nuestras aptitudes y preparación. La Constitución Española de 1978 incluso recoge en su artículo 35: *Todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo*. Sin embargo y lamentablemente, en muchas ocasiones esta interacción entre hombre y trabajo tiene consecuencias negativas, ya sea porque el trabajador está expuesto a factores o agentes perniciosos en su ambiente laboral o por las condiciones en que debe desempeñar su tarea, que influyen nocivamente en su estado de salud, provocándole un daño, entendiéndose como tal *cualquier alteración de la salud*.

Estos daños laborales pueden afectar de tal modo a la salud del trabajador que conlleven una incapacidad para el desempeño de su actividad laboral habitual que, a su vez, dé lugar a la prescripción por parte del facultativo correspondiente de la baja laboral; dicha incapacidad podrá ser transitoria (Incapacidad Temporal) o definitiva (Incapacidad Permanente).

A) INCAPACIDAD TEMPORAL

La Ley General de la Seguridad Social articula la normativa relacionada con la Incapacidad Temporal en sus artículos 128 a 133 (ambos incluidos); en ellos se recogen el concepto, la duración, los requisitos y beneficiarios de la prestación y las características de ésta. En cuanto al concepto de incapacidad temporal establece lo siguiente:

Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal:

- a) *Las debidas a enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo.*
- b) *Los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos, con una duración máxima de seis meses, prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.*

A los efectos de lo establecido en este último párrafo, se considerará como período de observación el tiempo necesario para el estudio médico de la enfermedad profesional cuando haya necesidad de aplazar el diagnóstico definitivo.

La **duración** máxima del periodo de Incapacidad Temporal será de 365 días prorrogables por otros 180 cuando se prevea que durante ellos el trabajador pueda ser dado de alta por curación.

La diferencia principal entre las situaciones que conlleven una incapacidad temporal según su contingencia (común o profesional) estriba en los **requisitos** necesarios para tener acceso a la prestación económica y en la cuantía de ésta; así, el artículo 130 de la LGSS estipula que para

ser beneficiario del subsidio por incapacidad temporal el trabajador deberá haber cumplido un período de cotización de 180 días dentro de los cinco años inmediatamente anteriores al hecho causante que origine la incapacidad temporal EXCEPTO en caso de accidente de trabajo, enfermedad profesional o accidente no laboral, situaciones en las que no se exigirá ningún periodo previo de cotización.

En lo referente a la **cuantía** del subsidio por incapacidad temporal, se calcula en función de dos parámetros: base reguladora del subsidio y porcentaje a aplicar.

Base reguladora

- En caso de *contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral)*: Es el resultado de dividir el importe de la base de cotización del trabajador en el mes anterior al de la fecha de iniciación de la incapacidad por el número de días a que dicha cotización se refiere (este divisor será 30 si el trabajador tiene salario mensual y 30, 31 ó 28, 29 si tiene salario diario).
- En caso de *contingencias profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional)*: La base reguladora se obtiene por adición de dos sumandos:
 - La base de cotización por contingencias profesionales del mes anterior, sin horas extraordinarias, dividida por el número de días a que corresponda dicha cotización.
 - La cotización por horas extraordinarias del año natural anterior, dividida entre 365 días.

Porcentaje a aplicar

- En caso de *contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral)*:
 - el 60% de la Base Reguladora desde el 4º día hasta el 20º día inclusive.
 - el 75% de la Base Reguladora desde el 21º día en adelante.
- En caso de *contingencias profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional)*:
 - 75% desde el día en que se produzca el nacimiento del derecho.

También difiere el **momento** en que se genera el derecho al subsidio, tal y como establece el artículo 131 de la LGSS:

- El subsidio se abonará, en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, desde el día siguiente al de la baja en el trabajo, estando a cargo del empresario el salario íntegro correspondiente al día de la baja.
- En caso de enfermedad común o de accidente no laboral, el subsidio se abonará a partir del decimosexto día de baja en el trabajo ocasionada por la enfermedad o el accidente, estando a cargo del empresario el abono de la prestación al trabajador desde los días cuarto al decimoquinto de baja, ambos inclusive.

Reconocimiento y **pago** del subsidio económico por IT:

El reconocimiento del subsidio corresponde al INSS o a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades

Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS), según haya optado el empresario para la cobertura de esta prestación, o a la propia empresa si estuviera autorizada para colaborar en la gestión de la Seguridad Social.

El pago del importe del subsidio correrá a cargo del INSS o ISM (Instituto Social de la Marina) como entidades gestoras de la Seguridad Social o de la MATEPSS o de la propia empresa, y será:

- En caso de *contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral)*:
 - los 3 primeros días no cobra nada el trabajador, salvo que por convenio colectivo se disponga lo contrario, corriendo en este caso estos tres días a cargo de la empresa.
 - Del 4º al 15º incluidos corren a cargo del empresario pagándolo y financiándolo él mismo.
 - Del 16º en adelante corre a cargo de la entidad gestora o la MATEPSS, aunque el subsidio lo abona la empresa (que luego se reembolsa) en pago delegado.
- En caso de *contingencias profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional)*:
 - Salvo el día del accidente, que corre a cargo del empresario, el subsidio corre a cargo del INSS o MATEPSS que tenga cubiertos estos riesgos, aunque lo pague la empresa por delegación (que posteriormente se reembolsará).

Es importante reseñar lo estipulado el artículo 133 de la LGSS respecto a la posibilidad de existencia de un recargo en las prestaciones económicas en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional, que establece que en caso de que el accidente de trabajo o la enfermedad profesional tenga su origen en máquinas, artefactos o en instalaciones, centros o lugares de trabajo que carezcan de los dispositivos de precaución reglamentarios, los tengan inutilizados o en malas condiciones, o cuando no se hayan observado las medidas generales o particulares de seguridad e higiene en el trabajo, o las elementales de salubridad o las de adecuación personal a cada trabajo, habida cuenta de sus características y de la edad, sexo y demás condiciones del trabajador, las prestaciones económicas a que den lugar se aumentarán, según la gravedad de la falta, de un 30 a un 50 %.

La responsabilidad del pago del recargo establecido recaerá directamente sobre el empresario infractor y no podrá ser objeto de seguro alguno, siendo nulo de pleno derecho cualquier pacto o contrato que se realice para cubrirla, compensarla o transmitirla. Además, esta responsabilidad es independiente y compatible con las de todo orden, incluso penal, que puedan derivarse de la infracción.

Pérdida o suspensión del derecho al subsidio por Incapacidad Temporal

El derecho al subsidio por incapacidad temporal podrá ser denegado, anulado o suspendido en los siguientes supuestos:

- a) Cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener la prestación.
- b) Cuando el beneficiario trabaje por cuenta propia o ajena estando en situación de IT; incluso puede dar lugar a despido por trasgresión de la buena fe contractual.
- c) Cuando el beneficiario rechace o abandone sin causa razonable el tratamiento que le fuera indicado. En este caso corresponde a la entidad responsable del pago, la apertura de un expediente administrativo que contenga argumentación médica justificativa de la decisión tomada.

Extinción del derecho al subsidio por Incapacidad Temporal

El derecho al subsidio se extingue:

- a) Por el transcurso del plazo máximo establecido para la situación de IT.
- b) Por ser dado de alta médica el trabajador, con o sin declaración de incapacidad permanente. También se extingue la IT cuando se emite *el alta* por curación del trabajador o cuando, en caso de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, se emite *el alta* con secuelas constitutivas de unas posibles lesiones permanentes no invalidantes o secuelas constitutivas de incapacidad permanente parcial. En ambos casos, el trabajador podrá ser beneficiario de una cantidad a tanto alzado, en función de las secuelas.

Diferencias en las características del subsidio por Incapacidad Temporal según la contingencia del hecho causante

CONTINGENCIA	COMÚN	PROFESIONAL
Cotización previa	180 días de cotización previa en los 5 años anteriores. (excepto en Accidente No Laboral).	NO REQUIERE
Nacimiento del derecho	Desde el cuarto día.	Desde el primer día
Cuantía de la prestación	Del 4º al 20º día: 60 % B.R. Desde el 21º día: 75 % B.R.	75 % B.R. desde el primer día
Posibilidad de recargo por falta de medidas de Seguridad e Higiene	NO	Del 30 al 50 % de la prestación

- c) Por haber sido reconocido al beneficiario el derecho al percibo de la pensión de jubilación.
- d) Por la incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al INSS o a la MATEPSS
- e) Por fallecimiento.

En la tabla de la página anterior se resumen las diferencias en los distintos aspectos de la prestación económica por IT según su contingencia sea común o profesional.

B) INCAPACIDAD PERMANENTE

La definición de Incapacidad Permanente (IP) viene recogida en el artículo 136 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Remarcar que en la Ley se distinguen dos modalidades de IP: *contributiva* y *no contributiva*. La modalidad *contributiva*, en términos generales, engloba a los trabajadores que cotizan a la Seguridad Social, mientras que el resto se acogerán a la modalidad *no contributiva* en los términos recogidos en los artículos 144 a 149 de la LGSS.

Se define como Incapacidad Permanente (IP) en su modalidad *contributiva* la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. No obstante lo anterior, no será necesaria el alta médica para la valoración de la incapacidad permanente en los casos en que concurran secuelas definitivas.

En la modalidad *no contributiva*, podrán ser constitutivas de incapacidad permanente las deficiencias, previsiblemente permanentes, de carácter físico o psíquico, congénitas o no, que anulen o modifiquen la capacidad física, psíquica o sensorial de quienes las padecen, y que reúnan los requisitos especificados en el artículo 144 de la LGSS. En este caso, la prestación por incapacidad permanente consiste en una pensión fijada por el Gobierno en los Presupuestos Generales del Estado, y los beneficiarios deben, entre otros requisitos haber sido calificados con una discapacidad igual o superior al 65% por los organismos calificadoros competentes de la Comunidad Autónoma correspondiente.

Grados de Incapacidad Permanente:

La incapacidad permanente, cualquiera que sea su causa determinante, se clasificará con arreglo a los siguientes grados:

- a) Incapacidad permanente PARCIAL para la profesión habitual: Se entiende como tal la incapacidad que, sin alcanzar el grado de total, ocasione al trabajador una disminución de, al menos, el 33% de su rendimiento normal para dicha profesión, pero sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.

- b) Incapacidad permanente TOTAL para la profesión habitual: Es aquélla que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, pudiéndose dedicar a otra distinta.

- c) Incapacidad permanente ABSOLUTA para todo trabajo: Es la incapacidad que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio.

- d) GRAN INVALIDEZ: Se considera gran invalidez a la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, además, como consecuencia de las pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida diaria, tales como vestirse, desplazarse, etc.

Es importante tener en cuenta lo que se entiende por *profesión habitual*:

- en caso de accidente, sea o no de trabajo, se entiende por profesión habitual la desempeñada normalmente por el trabajador en el momento de sufrir el accidente.
- en caso de enfermedad común o profesional, será aquélla a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante el tiempo anterior al inicio de la incapacidad.

Para tener derecho a percibir la pensión correspondiente al grado de incapacidad permanente que se le haya reconocido, el trabajador debe estar incluido en el sistema de la Seguridad Social y tener cubierto el período mínimo de cotización recogido en el artículo 138 de la LGSS, y que depende de la edad del paciente en el momento en que ocurre el hecho que da lugar a la incapacidad permanente (hecho causante). No obstante, al igual que ocurre con la prestación de incapacidad temporal, en caso de que el hecho causante de la incapacidad temporal tenga una contingencia profesional (accidente de trabajo o enfermedad profesional) o sea un accidente no laboral no será exigido ningún período previo de cotización.

En cuanto a las **prestaciones** correspondientes a la situación de incapacidad permanente, tal y como se establece en el artículo 139 de la LGSS, dependerán del grado de incapacidad calificado:

- a) Incapacidad permanente PARCIAL para la profesión habitual: La prestación consiste en una cantidad, a tanto alzado, consistente en 24 mensualidades de la Base Reguladora. Se abona en un pago único. Es compatible con el desarrollo de cualquier actividad.

- b) Incapacidad permanente TOTAL para la profesión habitual: Consiste en una pensión vitalicia mensual. Excepcionalmente podrá solicitarse su sustitución por una cantidad a tanto alzado, siempre que el beneficiario sea menor de 60 años y se acredite que el importe de la indemnización se invertirá en la preparación o desarrollo de nuevas fuentes de ingreso como trabajador autónomo, siempre que se acredite tener aptitud suficiente para el ejercicio de la actividad de que se trate.

Como norma general, la cuantía de la pensión equivale al **55%** de la base reguladora. Dicho porcentaje puede incrementarse en un **20% más** para los **mayores de 55 años** cuando, por su falta de preparación general o especializada y circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia, se presume la dificultad de obtener empleo en actividad distinta de la habitual (*Incapacidad Permanente Total Cualificada*).

La percepción de la pensión por IP Total para la profesión habitual es incompatible con el desempeño del mismo puesto en la empresa, pero compatible con cualquier otro trabajo que no implique la realización de las tareas para las que se ha reconocido la incapacidad. Si se diese esta circunstancia, el pensionista debe comunicarlo a la Entidad Gestora (INSS, MATEPSS).

c.– Incapacidad permanente ABSOLUTA para todo trabajo: La prestación consistirá en una pensión vitalicia mensual del 100% de la Base Reguladora.

La pensión no impedirá el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado del incapacitado y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión.

d.– GRAN INVALIDEZ: La prestación consiste en una pensión vitalicia, cuyo importe será el de la IP Total o IP Absoluta (según el grado con el que haya sido calificado el trabajador) incrementándose su cuantía con un complemento destinado a que el incapacitado pueda remunerar a la persona que necesite para su atención personal.

En la tabla siguiente se resumen los distintos grados de Incapacidad Permanente con las prestaciones correspondientes a cada uno de ellos.

También en las prestaciones por incapacidad permanente difieren las **cuantías** en función de que la contingencia del hecho causante sea profesional o común y, dentro de estas últimas, enfermedad común o accidente no laboral; así, como norma general:

- Si la incapacidad deriva de *Enfermedad Común*, la Base Reguladora se calculará hallando el cociente que resulte de dividir por 112 las bases de cotización del interesado durante los 96 meses inmediatamente anteriores al mes previo al del hecho causante (en su valor nominal) y aplicando al resultado obtenido el porcentaje que corresponda en función de los años de cotización.
- Si la incapacidad deriva de *accidente no laboral*: La Base Reguladora será el cociente que resulte de dividir por 28 la suma de las bases de cotización del interesado durante un período ininterrumpido de 24 meses. Dicho período será elegido por el beneficiario dentro de los 7 años inmediatamente anteriores a la fecha del hecho causante de la pensión.
- Si la incapacidad deriva de *Enfermedad Profesional o Accidente de Trabajo*: La Base Reguladora se calcula sobre salarios reales, incluyendo sueldo, antigüedad, pagas extraordinarias, beneficios o participaciones en la empresa, pluses, retribuciones complementarias y horas extraordinarias.

Además, al igual que en el caso de la incapacidad temporal, las pensiones por incapacidad permanente derivadas de contingencias profesionales, podrán verse aumentadas por un recargo que puede variar del 30 al 50% de la pensión en caso de que se hayan incumplido las medidas adecuadas de Seguridad e Higiene en la em-

GRADOS Y PRESTACIONES DE INCAPACIDAD PERMANENTE		
GRADO DE INCAPACIDAD	DEFINICIÓN	PRESTACIÓN ECONÓMICA
INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL (IPP) para la profesión habitual.	La que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para su profesión habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.	Cantidad, a tanto alzado, consistente en 24 mensualidades de la Base Reguladora. Se abona en un pago único. Es compatible con el desarrollo de cualquier actividad.
INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL (IPT) para la profesión habitual.	La que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, pudiéndose dedicar a otra distinta.	Pensión vitalicia mensual equivalente al 55% de la base reguladora. Dicho porcentaje puede incrementarse en un 20% más para los mayores de 55 años cuando, por su falta de preparación general o especializada y circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia, se presume la dificultad de obtener empleo en actividad distinta de la habitual (Incapacidad Permanente Total Cualificada).
INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA (IPA) para todo trabajo.	La que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio.	Pensión vitalicia mensual del 100% de la Base Reguladora.

Fuente: Ley General de la Seguridad Social. Ref.: Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. (BOE nº 154, de 29 junio).

presa, corriendo este recargo a cargo exclusivo del empresario responsable.

Existen diferencias así mismo en la **entidad responsable del pago** de la pensión en función de la causa originaria de la incapacidad permanente:

- En caso de *contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral)*: El responsable del pago es el Instituto Nacional de la Seguridad Social o el Instituto Social de la Marina (cuando se trata de trabajadores incluidos en el Régimen de Seguridad Social de Trabajadores del Mar).
- En el caso de *Enfermedad Profesional*: el Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- En el caso de *Accidente de Trabajo*: el Instituto Nacional de la Seguridad Social o la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, según quien tenga a su cargo la protección de las contingencias derivadas de accidente de trabajo de la empresa a la que pertenezca el trabajador.

Por último es importante dejar constancia que, a diferencia de lo que ocurre en el caso de que el trabajador sea declarado como incapacitado permanente por contingencias comunes (según el grado de incapacidad), los pensionistas por enfermedad profesional podrán realizar trabajos por cuenta ajena, siempre que hayan obtenido previamente autorización del correspondiente Servicio Común de la Seguridad Social. Para la concesión de tales autorizaciones se tendrá en cuenta la naturaleza y condiciones del trabajo a realizar y las circunstancias que concurran en la enfermedad profesional del trabajador.

Además, los empresarios que empleen a trabajadores que sean pensionistas por enfermedad profesional deberán comprobar, antes de admitirles al trabajo, que han obtenido la autorización a que se refiere el número anterior. El incumplimiento por parte de los trabajadores o empresarios de lo dispuesto en este párrafo podrá dar lugar a la aplicación de las sanciones previstas para unos y otros en el artículo 96 de la Ley General de la Seguridad Social.

C) LESIONES PERMANENTES NO INVALIDANTES

Son aquellas lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, causadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que, sin llegar a constituir una incapacidad permanente, suponen una disminución o alteración de la integridad física del trabajador, sin perjuicio del derecho del trabajador a continuar al servicio de la empresa.

Como puede apreciarse, sólo puede calificarse una lesión como “permanente no invalidante” si su origen tuvo una contingencia profesional.

La Ley General de la Seguridad Social regula lo relativo a las Lesiones Permanentes No invalidantes en sus artículos 150, 151 y 152.

Para poder ser beneficiario de esta prestación el trabajador debe estar integrado en el Régimen General de la seguridad Social y haber sido dado de alta médica, ya que sólo podrá ser valorado si las lesiones son definitivas.

En caso de que se reconozca tal situación de LPNI, el trabajador percibirá una indemnización a tanto alzado que se determinará con arreglo a un baremo establecido por las disposiciones de desarrollo de la LGSS. Dicho baremo fue establecido por la Orden de 15 de abril de 1969 (reguladora de las prestaciones por incapacidad permanente) y ha sufrido modificaciones posteriores para actualizar las cuantías de las indemnizaciones. El baremo actualmente en vigor es el anexo a la Orden TAS/1040/2005, de 18 de abril.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los Equipos de Valoración de Incapacidades, es el responsable de verificar la existencia de LPNI y reconocer el derecho a las indemnizaciones correspondientes, de acuerdo con lo establecido por el R.D. 1300/1995, de 21 de julio.

Las cantidades que corresponda abonar al trabajador por aplicación del baremo se satisfacen por la Entidad gestora (INSS o ISM) o por la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social que esté obligada a realizar el pago de las prestaciones por incapacidad permanente derivada de accidente de trabajo.

3ª PARTE. EL DAÑO LABORAL EN LUMBALGIAS/HERNIAS DISCALES

3.1. Aspectos prácticos en medicina del trabajo

El origen de las hernias de disco es aún cuestión de debate, aunque se acepta su etiología multifactorial, que incluye factores genéticos, degenerativos, bioquímicos, médicos, mecánicos, traumáticos y psicosociales.

Hasta finales del siglo XX se creía que la lumbalgia se debía principalmente a sobreesfuerzos musculares o alteraciones orgánicas, como artrosis, escoliosis o hernia discal, pero los estudios científicos realizados en los últimos 20 años indican que la mayoría de las alteraciones orgánicas de la columna vertebral son irrelevantes y no se correlacionan con la existencia de dolor, y en el 80-85 % de los casos de lumbalgia se establece el diagnóstico de lumbalgia inespecífica, por ausencia de relación entre los resultados de las exploraciones complementarias y la historia clínica.

Con frecuencia, los episodios agudos de lumbalgia inespecífica se desencadenan por un inadecuado funcionamiento de la musculatura que sostiene la región lumbar; esto origina la activación persistente de las fibras nerviosas, que desencadenan y mantienen el dolor, la contractura muscular y la inflamación.

En los casos subagudos, este mecanismo se mantiene activado y puede llegar a inducir cambios persistentes en las neuronas medulares con el consecuente mantenimiento del dolor, la inflamación y la contractura, aunque se resuelva la causa inicial.

Finalmente, en los casos crónicos, a las alteraciones nerviosas se suman factores musculares y psicosociales, entrando en un círculo vicioso que dificulta la recuperación espontánea. La inactividad física genera pérdida de coordinación y potencia muscular y, a medio plazo, determina la aparición de atrofia, que empeora el cuadro clínico inicial. La persistencia del dolor desencadena en el enfermo el desarrollo, en principio, de conductas de miedo y evitación y, posteriormente, de pensamientos de inutilidad y actitudes pasivas y de victimismo, con transferencia a terceros de la responsabilidad de su dolencia.

En el terreno preventivo-laboral, interesa especialmente el abordaje de los Factores Ocupacionales Específicos asociados al dolor de espalda, principalmente los **mecánicos**, que están en el origen del dolor lumbar (el trabajo físicamente pesado, las posturas de trabajo estáticas, las flexiones y giros frecuentes del tronco, los levantamientos y movimientos bruscos, el trabajo repetitivo y las vibraciones), y **psicosociales**, que inciden sobre todo en su cronificación. Además, se hace necesaria la valoración de los principales factores epidemiológicos que se relacionan con la lumbalgia: edad, sexo, fortaleza y flexibilidad de la musculatura de la espalda y aspectos geográficos, como el país de residencia.

A) FACTORES MECÁNICOS

Según el NIOSH (Institute for Occupational Health and Safety) los principales movimientos que pueden generar lumbalgia son: flexión anterior, flexión con torsión, trabajo físico duro con repetición, trabajo en un medio con vibraciones y trabajo en posturas estáticas.

Diversos estudios ponen de manifiesto que existe una relación dosis-dependiente entre carga ocupacional acumulada y la aparición de hernia de disco lumbar, tanto en hombres como en mujeres, por lo que incluso actividades de carga realizadas hace tiempo pueden aumentar el riesgo de desarrollar patología discal lumbar. Por otro lado, siguiendo las leyes físicas de presión, uno de los factores que influye en la aparición de hernia discal es la forma del platillo vertebral, siendo más probable en sujetos con platillos vertebrales curvos, ya que la presión del disco, con gran cantidad de agua en el sujeto joven, es mayor cuanto más curvatura existe (mayor es su radio).

Por otro lado, recientes estudios, como los de Videman y Battié¹ en 1999 tienden a considerar que los sobreesfuerzos o cargas reiteradas tienen poca relevancia si los comparamos con otros factores y muchas hernias o protrusiones son completamente asintomáticas: a los 50 años el 85-95% de los adultos muestra evidencia de degeneración discal en la autopsia, y hay un 20-28% de pacientes asintomáticos que tienen hernias o, incluso, evidencia de enfermedad discal degenerativa y se ha demostrado que no hay correlación entre los hallazgos de la RNM y la clínica.

Existe, no obstante, una evidencia razonable de que hay factores ocupacionales asociados al dolor de espalda como son: el trabajo físicamente pesado, las posturas de trabajo estáticas, las flexiones y giros frecuentes del tronco, los levantamientos y movimientos bruscos, el trabajo repetitivo y las vibraciones. Estos factores ocupacionales contribuyen a ocasionar trastornos del disco lumbar, de la misma forma que el trabajo físico intenso, los levantamientos de pesos, las inclinaciones y posturas estresantes son factores etiológicos relacionados con la ciática. Las lumbalgias profesionales se relacionan con esfuerzos de gran intensidad y con procesos de agotamiento o cansancio asociado a vibraciones o con esfuerzos menos intensos pero de tipo repetitivo, como pueden ser la conducción de vehículos motorizados. Cuando la vibración que resulta de la conducción prolongada se combina con el levantamiento y transporte de cargas, el riesgo de lumbalgia aumenta de forma exponencial. También los movimientos del tronco a altas velocidades, principalmente con inclinación y torsión, y las posiciones mantenidas con inclinación del tronco hacia delante, aumentan el riesgo de lumbalgia ocupacional, sobretodo si los movimientos de flexión anterior se acompañan de torsión del tronco.

Por otro lado, en relación con el prolapso de disco lumbar, los factores de riesgo incluyen levantamientos fre-

¹ Videman T, Battié MC. *The influence of occupation on lumbar degeneration*. Spine. 1999 Jun 1;24(11):1164-8.

cuentas de pesos, especialmente si se realizan con los brazos extendidos y rodillas rectas o mientras el cuerpo está girado.

La causa traumática cobra especial relevancia en la génesis de hernias o patología lumbar aguda. Estadísticamente, las hernias de disco se producen con mayor frecuencia al final de la jornada laboral, después de periodos de esfuerzos prolongados lumbares, debido a la fatiga de las estructuras disco-ligamentarias por la carga mantenida o repetida. En las hernias producidas por accidentes no hay un umbral mecánico mínimo para la producción de lesiones espinales, sino que depende de la variabilidad individual. Pero las hernias de disco traumáticas puras (sin degeneración discal subyacente) son excepcionales. Los sobreesfuerzos o traumatismos, al actuar sobre un disco previamente alterado, darían lugar a la hernia discal aguda y a la aparición de síntomas. Los tipos de hernia que indican rotura aguda del anillo fibroso, observados durante la cirugía (Tipo III de la Tabla), ocurren más en casos laborales que en no laborales, pudiendo constituir un marcador de actuación mecánica aguda.

Tipos de hernias de disco. Hallazgos quirúrgicos	
TIPO I	Hernias contenidas por un anillo fibroso reconocible y no completamente roto.
TIPO II	Indemnidad del ligamento vertebral común posterior (LVCP), pero con rotura patente del anillo fibroso.
TIPO III	Rotura del LVCP con extrusión discal. Se incluyen en este grupo los secuestros.

Ref.: J. Aso *et al.* *Cuad. Med Forense* 2010; 16(1-2):19-30.

B) FACTORES PSICO-SOCIALES

Numerosos estudios sobre la relación lumbalgia-trabajo señalan la importancia de los factores psicosociales y del entorno en su evolución. Los aspectos psicosociales del trabajo causan un mayor número de problemas de espalda laborales que los aspectos físicos y mecánicos, siendo además los aspectos psicológicos y sociales importantes indicadores de riesgo de lumbalgia y de evolución hacia cronificación o recuperación. (Rossignol M *et al.*, 1998², Viikari-Juntura E. *et al.*, 1992³, Magnusson M *et al.*, 1990⁴). Existe una relación entre la incapacidad laboral

por lumbalgia y la insatisfacción laboral. Los pacientes con hernias de disco lumbar refieren altos niveles de estrés laboral y menos satisfacción en sus trabajos en relación con trabajo monótono o poco gratificante, bajo compañerismo, salario bajo, inestabilidad laboral o la inseguridad económica.

Además, los trastornos psicológicos se han identificado como causa de cronificación de la lumbalgia, independientemente de la causa inicial.

Asimismo, se ha demostrado que en los pacientes con lumbalgia existe mayor prevalencia de depresión, ansiedad, abuso de sustancias y somatizaciones, en comparación con la población general: por ejemplo, la depresión está presente en el 40-65 % de los afectados de lumbalgia, mientras que solo en el 5-17 % de la población general.

También se ha comprobado que la presencia de depresión y somatizaciones son factores predictores de mala evolución de la lumbalgia (Kinney RK *et al.*, 1993⁵) o que una mala relación social en el trabajo y poca satisfacción en el mismo actúan como factores de riesgo de lumbalgia. (Hoogendoorn W *et al.*, 2000⁶).

Puesto que el estrés social y laboral y la insatisfacción con el trabajo son factores de riesgo en la lumbalgia, sería necesario estudiar estos factores de forma individual en cada trabajador e incluir un tratamiento psicológico durante la fase de rehabilitación, que permita aumentar la confianza y satisfacción del paciente a lo largo del proceso de recuperación y conseguir una incorporación laboral de las personas con discapacidad por lumbalgia crónica.

C) FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

- **Sexo y edad:** los estudios sobre la influencia del sexo en el desarrollo de lumbalgia son contradictorios. Unos encuentran un predominio masculino, mientras que otros encuentran todo lo contrario, o no encuentran diferencias significativas entre ambos sexos.

La hernia discal puede aparecer en cualquier etapa de la vida pero su incidencia es máxima entre la cuarta y la quinta década con una proporción 3:1 entre hombres y mujeres. La localización más frecuente es L4-L5 y L5-S1. Se estima que alrededor del 4 al 6% de la población tendrá una hernia discal sintomática, no obstante, la presencia de hernia discal al analizar resonancias magnéticas en individuos asintomáticos es del 21% entre los 20-59 años y del 36% en mayores de 60 años.

² Rossignol M, Suisa S, Abenheim L. Working disability due to occupational back pain; three-year follow up of 2,300 compensated workers in Quebec. *J Occup Med.* 1988;30: 502-5.

³ Viikari-Juntura E, Vuori J, Silverstein BA. A life long prospective study on the role of psychosocial factors in neck-shoulder and low back pain. *J Clin Epidemiol.* 1992; 45: 543-5.

⁴ Magnusson M, Granqvist M, Jonson R, Lindell V, Lundberg U, Wallin L, Hansson T. *The loads on the lumbar spine during work*

at an assembly line. The risk for fatigue injuries of vertebral bodies. Spine. 1990;15:774-9.

⁵ Kinney RK, Gatchel RJ, Polatin PB, Fogarty WT, Mayer TG. Prevalence of psychology in acute and chronic low back pain patients. *J Occ Rehab.* 1993; 3 :95-103.

⁶ Hoogendoorn W, Van Pollel MNM, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. (2000) Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. Spine, 25, 2114-25.

El dolor lumbar se manifiesta de forma distinta según la edad. Los trabajadores jóvenes son los que presentan mayor riesgo para la adquisición de dolor en el trayecto del nervio ciático, muchos son diagnosticados como casos de ciática, mientras que los trabajadores mayores se quejan de dolor indefinido.

- Fortaleza y flexibilidad de la musculatura de la espalda:** varios estudios corroboran que una espalda con escasa resistencia muscular incrementa el riesgo de lesiones ocupacionales, mientras que una buena forma física es una importante defensa frente a la lumbalgia (Biering-Sørensen F *et al*, 1984⁷, Cady L *et al*, 1985⁸, Stevenson JM *et al*, 2001⁹). Sin embargo, respecto a la relación entre dolor lumbar y flexibilidad existen opiniones contradictorias. Para Biering-Sørensen *et al*, 1984¹⁰ y para Battié y cols, 1989¹¹, la flexibilidad no predice el ataque y severidad del dolor lumbar y no puede asociarse de forma significativa al aumento de la incidencia de la lumbalgia. En cambio, Gates, establece que unos músculos fuertes y flexibles resisten mejor el esfuerzo y alargan la vida laboral del trabajador y Feldstein y cols, en 1993¹², encontraron que las personas con mayor flexibilidad en la espalda tuvieron menor prevalencia de dolor.
- País de residencia:** se pueden encontrar amplias diferencias en la prevalencia del dolor de espalda según el país: el 44,9% en Alemania, en Taiwán en torno al 19%, y en Inglaterra el 17,8%. Esto parece deberse al hecho de que las vivencias culturales, repercuten en la forma que se afecta la vida diaria y en las estrategias para afrontar el dolor o limitar su impacto en la calidad de vida. Según un estudio realizado por la REIDE (Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda) acerca de los factores que afectan a la restricción de la actividad cotidiana, mientras que en enfermos nórdicos y anglosajones el dolor explica el 14 % de la incapacidad y el miedo el 32%, en los pacientes

españoles el principal determinante de la incapacidad es el dolor, que explica el 33 % de la restricción de la actividad, mientras que el miedo a sus causas y consecuencias sólo determina el 6 %. Además, en los españoles el miedo no predice la evolución de la incapacidad e influye menos de un 5 % en la calidad de vida del paciente. Esas diferencias, según los expertos, se deben a aspectos culturales, ya que la cultura mediterránea genera una actitud mental más sana con relación a la restricción de la actividad por dolor de espalda.

Uno de los aspectos más importantes en Medicina del Trabajo en relación a las lumbalgias y hernias discales, es determinar el grado de implicación del trabajo en la aparición del cuadro patológico.

Hay signos en la RMN que pueden indicar el origen traumático de la lesión en un disco. En general, los cambios primarios (ver tabla) pueden ser causados por un traumatismo, aunque también pueden ser degenerativos. La presencia de cambios secundarios o terciarios indica un evidente estado de degeneración discal previa al traumatismo (ver tablas a continuación).

Cambios degenerativos primarios	
DISCO	Estructura amorfa del disco, sin clara delimitación de componentes.
	Presencia de fisuras discales. Fisuras radiales (expresión del mayor grado de degeneración).
	Pérdida de intensidad de señal del disco en T2 ("disco negro"). Disminución de señal del núcleo pulposo en T2.
	"Disco negro" = Rotura discal interna.
	Presencia fluido discal.
	Cambios de vacío (gas, normalmente nitrógeno en lugares de presión negativa).
	Calcificación dentro del disco intervertebral.

Ref.: J. Aso *et al*. Cuad. Med Forense 2010; 16(1-2):19-30.

Cambios degenerativos secundarios	
Platillos	Signos de Modic (en platillos y soma)
	Hernias de Schmorl-Geodas condrales
Disco	Colapso discal
Facetas	Artrosis con deformación
	Quistes sinoviales
	Subluxación facetaria
Ligamentos	Hipertrofia
	Enfermedad de Bastrup

Ref.: J. Aso *et al*. Cuad. Med Forense 2010; 16(1-2):19-30.

⁷ Biering-Sørensen F. *Physical measurements as risk indicators for low-back trouble over a one-year period*. Spine. 1984; 9: 106-19.

⁸ Cady L, Thomas P, Karwasky R. Program for increasing health and physical fitness of firefighters. *J Occup Med* 1985; 27: 110-4.

⁹ Stevenson JM, Weber CL, Smith T, Dumas GA, Albert WJ. *A longitudinal study of the development of low back pain in an industrial population*. Spine 2001;1370-1377

¹⁰ Biering-Sørensen F. *Physical measurements as risk indicators for low-back trouble over a one-year period*. Spine 1984;9: 106-19.

¹¹ Battié M, Bigos S, Fisher L, Hannson TH, Jones ME, Wortley MD. *Isometric lifting strength. As a predictor of industrial back pain reports*. Spine 1989;14:851-6.

¹² Feldstein A, Valains B, Vollmer W, Stevens N, Overton C. The back injury prevention project pilot study. *J Occup Med*. 1993; 35:114-20.

Cambios degenerativos terciarios	
Cambios de curvatura Mal alineamiento vertical	Hiperlordosis, hipercifosis, etc.
	Listesis degenerativas
Estenosis de canal	
Redundancia	Ligamentaria
	Discal
	Radicular
Telescopage	

Ref.: J. Aso et al. Cuad. Med Forense 2010; 16(1-2):19-30.

También es necesario valorar la integridad de los ligamentos, mediante la RMN que es la única técnica que permite visualizar cambios ligamentarios como resultado de un traumatismo.

Aunque múltiples estudios han demostrado que pocas veces (sólo un 2% en los casos más halagüeños) se demuestra que el traumatismo es el desencadenante del cuadro clínico, y que la hernia de disco aguda traumática por acción de un agente externo, como pueda ser un accidente de circulación, es poco frecuente, lo cierto es que detrás de muchas hernias de disco existe un mecanismo agudo distinto del traumatismo externo, como puede ser un esfuerzo agudo o una postura mantenida durante un tiempo.

Por ello con frecuencia esta patología aparece dentro del ámbito laboral y se atiende como accidente de trabajo.

3.2. Aspectos de mayor de conflictividad laboral en lumbalgias/hernias discales

A) VALORACIÓN DE LA APTITUD LABORAL

La vigilancia de la salud de los trabajadores debe ser un proceso continuo, que permita al Médico del Trabajo valorar el estado físico y psíquico de cada trabajador a lo largo de su vida laboral y la adecuación de sus capacidades para el desempeño sin riesgo de las tareas propias de su puesto de trabajo.

Tras la realización del reconocimiento médico específico, en cualquiera de los casos que marca el Artículo 37 RD. 39/1997 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (inicial, periódico, tras retorno de IT, previo cambio de puesto, etc.), el médico especialista en Medicina del Trabajo confrontará los resultados de la exploración y las pruebas complementarias realizadas con los requerimientos del puesto de trabajo, a fin de emitir la aptitud del trabajador para ese puesto. Esta Aptitud podrá ser:

Apto sin restricciones: Calificación que recibe el trabajador que puede desempeñar su tarea habitual sin ningún tipo de restricción física ni laboral, siempre y cuando

el trabajo se ajuste a la normativa legal en cuanto a Seguridad y Salud en el trabajo y haya recibido la información adecuada sobre los riesgos y los daños derivados de su trabajo.

En observación: Calificación que recibe el trabajador que está siendo sometido a estudio y/o vigilancia médica a fin de determinar su grado de capacidad.

Apto con restricciones: se imponen al trabajador limitaciones o adaptaciones para el desempeño de algunas tareas; tiene por objeto lograr la rehabilitación y recuperación laboral del trabajador que lo precise y muy especialmente la integración profesional del discapacitado.

Las restricciones podrán ser personales y/o laborales.

- **Personales:** conlleva la obligatoriedad del trabajador de realizar las medidas higiénico-sanitarias prescritas por el médico para salvaguardar su salud y prevenir agravamientos de una afección anterior.

- **Laborales:** que pueden ser a su vez:

Adaptativas: implican la adaptación del entorno laboral al trabajador para la realización íntegra de las tareas propias de su puesto de trabajo.

Restrictivas: existe prohibición de realizar total o parcialmente tareas muy concretas y específicas de su puesto de trabajo, que pueden agravar una patología previa.

No apto: Calificación que recibe el trabajador cuando el desempeño de las tareas implique problemas serios de salud, o ésta le imposibilite la realización de las mismas y tanto en uno como en otro caso no sea posible la aplicación de calificación de apto con restricciones.

En los casos de **aptitud en observación** nos encontramos ante una **aptitud provisional** mientras se realizan las pruebas complementarias o es visto por su médico. Se debe emitir un Informe previo de Aptitud, en el que el Médico del trabajo hará constar que el trabajador puede seguir realizando las tareas que tiene asignadas, pero se encuentra pendiente de valoración por especialista y deberá remitir los informes al Servicio Médico de Prevención para poder dar la Aptitud definitiva. Un ejemplo sería el caso de un trabajador que realiza tareas de carga/descarga y en el reconocimiento médico refiere 3 episodios de lumbalgia de corta duración en los últimos 3 meses, aunque la exploración actual es normal. Además de darle las recomendaciones preventivas oportunas, se le informará de la necesidad de realizar un estudio por el especialista para determinar la causa del dolor.

Cuando exista **Aptitud con limitaciones adaptativas o restrictivas**, el médico del trabajo que realiza la valoración, debe especificar cuáles son esas restricciones en el informe que se entrega a la empresa. Una actuación conjunta del médico y los Técnicos del Servicio de Prevención permitirá que, una vez valorado el informe y las características del puesto asignado al trabajador, se determine qué adaptaciones hay que llevar a cabo en el puesto o qué tareas específicas no debe realizar el trabajador. Como ejemplo, el de un trabajador operado de hernia discal lumbar, que se reincorpora a su trabajo

como repartidor de correspondencia. Entre las tareas del puesto, se incluye la de carga y descarga diaria, por turnos rotatorios entre los empleados, de los envíos que llegan a la oficina desde la central para su distribución. Esta actividad estará contraindicada en este trabajador y se le eximirá de la rotación.

Cuando tras la realización del Examen médico específico al trabajador, el médico del trabajo le considere **NO APTO** para su trabajo habitual, será necesario:

1. *Informar al trabajador* de la no aptitud y del alcance de la misma, especificando para qué tareas se considera no apto, y los hallazgos patológicos que han motivado esta decisión. Se le informará además de las medidas preventivas adicionales que debe seguir para evitar empeoramiento de la patología detectada.
2. *Informar a la empresa* de la no aptitud, especificando para qué puestos o tareas es no apto el trabajador, y de si esta no aptitud es definitiva o temporal, así como el plazo de revisión, si procede.
3. *Informar al Técnico de prevención* de la existencia de un trabajador no apto para el desempeño de un puesto. Este deberá realizar una revisión de la evaluación de riesgos del puesto que ocupaba el trabajador a fin de valorar si es posible una adaptación del puesto de trabajo y cuáles son las opciones para mejorar su situación, si las hubiere.

Si la adaptación no es posible, en cumplimiento del artículo 25 de la Ley 31/1995 relativo a la protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, si un trabajador por motivos de salud queda limitado en sus aptitudes físicas, psíquicas o sensoriales contrastadas tras una evaluación médica, el empresario deberá garantizarle un nuevo puesto acorde con dichas limitaciones. Sólo en caso de que la empresa demuestre que no existe puesto compatible con las limitaciones que presenta el trabajador, se podrá hablar de **Ineptitud sobrevenida**, concepto este del que se hablará mas extensamente con posterioridad, que constituye una medida extrema contemplada en el estatuto de los trabaja-

dores y que requiere seguir un procedimiento administrativo estricto, que incluye el hecho de que la empresa haya agotado previamente todas las vías posibles de adaptación del trabajador con limitaciones para el trabajo.

Las patologías musculoesqueléticas en relación con los trabajos que incluyen riesgo de Manipulación de Cargas ocupan un lugar destacable como motivo y riesgo principal de no aptitudes.

Los sectores en los que con mayor frecuencia se puede encontrar la calificación de No Apto son los de la Construcción, con realización de sobreesfuerzos importantes frecuentes y posturas forzadas y los conductores de vehículos, sometidos a vibraciones sobre la región lumbar, si bien muchos otros puestos y sectores se pueden ver afectados.

Es conveniente para facilitar la labor del médico del trabajo y la de los técnicos de prevención, establecer unos criterios consensuados que relacionen patologías y puestos de trabajo o riesgos laborales, y permitan clarificar la difícil decisión que tiene el Personal Sanitario en las empresas al emitir una no aptitud.

En la tabla que se muestra a continuación, se recogen algunos riesgos y se relacionan con hallazgos clínicos o radiológicos de patología lumbar que podrían derivar en una No Aptitud (ver tabla a pie de página).

De modo general, la **periodicidad** de los exámenes de salud de los trabajadores que desempeñan tareas con riesgo de lesiones dorsolumbares depende, junto con otras acciones preventivas, de los resultados del examen médico individual y del **nivel de riesgo** que se deriva de la Evaluación de Riesgos del puesto:

1. Cuando el trabajador sea apto sin restricciones, sin riesgo personal y con riesgo laboral mínimo, el examen de salud podrá ser *trianual o bianual*.
2. Cuando existan restricciones en la aptitud o aparezca alguna circunstancia intercurrente, el reconocimiento será *anual*, o si el médico lo estimara conveniente podrá ser *semestral o trimestral*.

La Periodicidad de las revisiones en función del Nivel de Riesgo es:

Relaciones en patología lumbar: Riesgos/Criterios Clínicos/Criterios Radiológicos		
CRITERIOS CLÍNICOS	CRITERIOS RADIOLÓGICOS	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> • Limitación en lateralización y flexo-extensión de columna • Asimetría de caderas • Percusión dolorosa de apófisis espinosas lumbares • Lumbalgia crónica • Signos de radiculopatía dorsolumbar: alteraciones sensitivas, reflejos alterados, Lassegues y/o Bragard + • Signos de mielopatía lumbar 	<ul style="list-style-type: none"> • Osteofitos • Escoliosis • Dismetría pélvica • Espondilolistesis • Espondilolisis • Rectificación de curvatura dorsolumbar • Disminución de interlíneas articulares • Espondiloartrosis • Hernia discal Lumbar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo postural: <ul style="list-style-type: none"> - Sedestación - Bipedestación - Flexión lumbar mantenida - Vibraciones de cuerpo entero • Esfuerzos-pesos: <ul style="list-style-type: none"> - Manipulación manual de cargas - Movimientos repetidos de flexo-extensión o torsión dorso-lumbar

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del trabajo. GIMT.

Nivel 1. Posturas que se consideran normales, sin riesgo de lesiones musculoesqueléticas, y en las que no es necesaria ninguna acción. *Examen cada 3 años.*

Nivel 2. Posturas con ligero riesgo de lesión musculoesquelética sobre las que se precisa una modificación aunque no inmediata. *Examen cada 2 años.*

Nivel 3. Posturas de trabajo con riesgo alto de lesión. Se debe modificar el método de trabajo tan pronto como sea posible. *Examen anual.*

Nivel 4. Posturas con un riesgo extremo de lesión musculoesquelética. Deben tomarse *medidas correctoras inmediatamente*

B) INEPTITUD SOBREVENIDA

Como se acaba de referir, uno de los objetivos principales de la vigilancia de la salud de los trabajadores es valorar el estado físico y psíquico del trabajador y la adecuación de sus capacidades para el desempeño sin riesgo de las tareas de su puesto de trabajo, determinando con ello la aptitud del trabajador para ese puesto.

Si el médico del trabajo considera al trabajador como *no apto* para su trabajo habitual tras la realización del examen médico de vigilancia específica de la salud y la adaptación del puesto a las limitaciones que presenta el trabajador no resulta posible, estaremos ante un caso de **ineptitud sobrevenida**, siempre que la empresa demuestre que no existe puesto compatible con las limitaciones que presenta el trabajador.

Por tanto, la ineptitud sobrevenida implica la ausencia en el trabajador de las condiciones necesarias para el normal desempeño del puesto de trabajo que le corresponde. En el caso de la lumbalgia se podría plantear una ineptitud sobrevenida, por ejemplo, en el caso de un trabajador cuyo puesto conlleva como tarea principal el manejo manual de cargas y al que se le diagnostica una hernia discal.

Para la jurisprudencia este concepto implica una inhabilidad o carencia de facultades profesionales que tienen su origen en la persona del trabajador, bien por la falta de preparación o actualización de sus conocimientos, bien por deterioro o pérdida de sus recursos de trabajo, habilidad deficiente para realizar el trabajo que se comprometió a cumplir según las circunstancias que el lugar y tiempo exijan –rapidez, percepción, destreza, capacidad de concentración, etc. Debe ser probada por el empresario, correspondiendo al trabajador en su defensa, probar su aptitud, o que la ineptitud era conocida o consentida por el empresario.

La ineptitud ha de reunir las siguientes características:

1. Ser imputable al trabajador y afectar a las tareas esenciales del puesto de trabajo para el que está contratado.
2. Presentar un grado de aptitud inferior a la media normal en cada momento, lugar y profesión.
3. Ser permanente y no circunstancial.

4. Ser debida a causas exógenas a la voluntad del trabajador y no a un actuar deliberado y consciente del sujeto.

La base legal de la ineptitud reza en los artículos 52.a) y 49.e) del Estatuto de los Trabajadores, donde se reconoce el despido objetivo en aquellos casos en que concorra «Ineptitud del trabajador... sobrevenida con posterioridad a su colocación efectiva en la empresa» “por causas objetivas legalmente procedentes”.

Cuando se aprecie una ineptitud sobrevenida, la primera acción preventiva es la adaptación del trabajador a su puesto. De no ser esto posible, cabe la movilidad funcional, la modificación sustancial de las condiciones de trabajo y/o la movilidad geográfica, siempre y cuando la reintegración al trabajo no implique un peligro para su propia integridad o para terceros (art. 25 LPRL).

En los casos de ineptitud sobrevenida con causa médica, el informe de los Servicios Médicos, constituye “prueba plena” de la dolencia padecida. La falta de aptitudes psicofísicas es valorada en primera instancia por el empleador (a través del Servicio Médico del Trabajo-Servicio de Prevención) y nada impide que se aprecie una ineptitud sin haberse considerado previamente al trabajador como afectado por incapacidad desde el INSS Instituto Nacional de la Seguridad Social– a través de los EVIs-Equipos de Valoración de Incapacidades– que son quienes emiten el dictamen-propuesta.

La ineptitud sobrevenida es un concepto a diferenciar de la incapacidad laboral pues se trata de esferas valorativas distintas, aunque con una problemática común. Ambos conceptos, incapacidad permanente e ineptitud, hacen referencia a la inhabilidad del trabajador para el desempeño de las tareas de su puesto de trabajo, pero la incapacidad se ajusta a la legislación de la Seguridad Social y requiere de una declaración administrativa o judicial. La ineptitud sobrevenida es decisión unilateral del empleador, y para ello basta un informe del Médico del Trabajo en el que se especifique la *no aptitud definitiva* para el desempeño del puesto de trabajo.

Resultaría razonable que en un proceso de Seguridad Social en materia de incapacidad permanente, el trabajador afecto de una Ineptitud sobrevenida obtuviera el reconocimiento de dicha incapacidad, que seguramente debería calificarse como de total (artículo 137.4 de la LGSS), al hallarse impedido para desempeñar todas o las fundamentales tareas de su profesión habitual. Así, esta ha sido la tendencia de los Tribunales de Justicia hasta el año 1988, estando hasta entonces la ineptitud sobrevenida ligada a la existencia de una incapacidad laboral permanente previa, parcial o total. Sin embargo, en diversas sentencias del Tribunal Supremo (TS) y en especial a partir de la de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de 22 de Julio de 2006, RCU 1333/04, se ha mantenido el criterio de que unas determinadas lesiones sobrevenidas del trabajador pueden dar lugar a su despido objetivo por ineptitud sobrevenida, a pesar de no haber sido reconocido previamente como afecto de una incapacidad laboral permanente, total o parcial, para su profesión habitual.

La sentencia del TS supone no sólo la desvinculación entre ineptitud sobrevenida e incapacidad laboral y una ampliación del concepto de ineptitud, sino la prioridad establecida en la misma en cuanto a la obligación por el empresario de mantener la confidencialidad de los datos médicos y especificar expresamente que no consten en la información de la carta de despido al trabajador. Vincula de forma expresa el informe del Servicio de Medicina del Trabajo– Servicio de Prevención– al concepto de ineptitud sobrevenida causante del despido objetivo.

De esta forma, ambos términos quedan jurídicamente desvinculados ya que se reconoce la no necesidad de ligar el término ineptitud sobrevenida al de incapacidad laboral. Aun siendo conceptos similares, se entiende que éstos son enjuiciados por esferas valorativas totalmente distintas. El criterio del TS, a partir de esta sentencia no hace necesaria la declaración previa de Incapacidad laboral permanente, por parte de los organismos administrativos de la Seguridad Social, para poder reconocer un despido objetivo por ineptitud sobrevenida para la profesión habitual.

C) LA INCAPACIDAD LABORAL EN LAS LUMBALGIAS

Las enfermedades osteomusculares son una de las causas más frecuentes de Incapacidad Temporal (IT) y la principal de Invalidez Permanente (IP). Así, la mayoría de la IT por este tipo de enfermedades es debida a procesos dolorosos de la columna vertebral, junto con la artrosis periférica y a lesiones mecánicas de rodilla.

En la valoración de la incapacidad en pacientes con patología lumbar son fundamentales tanto la historia clínica como la exploración física, debido a que es bastante común que los resultados de las pruebas complementarias se correlacionen escasamente con la afectación funcional de los pacientes y porque, además, ayudará a confrontar las limitaciones del trabajador con los requerimientos de su puesto de trabajo.

Al mismo tiempo, para valorar la lumbalgia debe tenerse en cuenta, sobre todo en los caso de IT, que en la mayoría de ocasiones tal apreciación habrá de hacerse antes de conocer el diagnóstico de certeza, ya que la consulta será en general por dolor con o sin repercusión neurológica. De hecho en el 80% de los casos no se puede atribuir una lesión específica como causa de la lumbalgia.

1. **Anamnesis:** debe ayudar a determinar la posible relación entre la clínica presentada y algún evento agudo, como un accidente, hábitos posturales inadecuados, posturas forzadas, etc.

Se clasificará el dolor en función del tiempo de duración en agudo (< 6 semanas), subagudo (6-12 semanas) o crónico (> 12 semanas) y se interrogará por las características del dolor (tiempo de evolución, forma de instauración, intensidad, ritmo, factores agravantes y factores que lo alivian), existencia o no de síntomas de compromiso radicular (parestias, disminución de fuerza, altera-

ción de reflejos osteotendinosos, alteraciones de la marcha, alteraciones visuales, mareo-inestabilidad,...) y otros síntomas que el individuo relacione con su cuadro doloroso, así como por los tratamientos que ha seguido y la respuesta a éstos. Es básico también juzgar la actitud del paciente mediante la inspección: posturas antiálgicas, asimetrías, desviaciones, deformaciones, tumefacciones, atrofas o hipertrofas.

2. **Exploración física:** dirigida especialmente a establecer el balance articular y a descartar afectación neurológica.

La *palpación*: permite encontrar puntos dolorosos, contracturas, zonas de inflamación, etc.

La *movilidad articular*: al realizar esta exploración debemos tener en cuenta los rangos de movilidad normales del segmento dorso-lumbar.

Arcos de movilidad raquídea			
	CERVICAL	DORSAL	LUMBAR
Flexión	70°– 90°	20° – 45°	40° – 60°
Extensión	70°	25° – 45°	20° – 35°
Rotaciones	80°– 90° (40°– 45° + 40°– 45°)	35° – 40°	15° – 20°
Lateralizaciones	90° (45° + 45°)	20° – 40°	5° – 18°

Al valorar la movilidad hay que tener presentes ciertas consideraciones:

La movilidad va a ir disminuyendo con la edad de forma fisiológica, de modo que balances articulares de menor amplitud estarán dentro de la normalidad.

Hay que valorar la movilidad activa y la pasiva. Ayudará a distinguir procesos articulares de periarticulares. No debe explorarse la movilidad pasiva si existe sospecha de inestabilidad, por el peligro de lesión neurológica.

Valorar la funcionalidad de los arcos de movilidad, ya que no todos tienen la misma importancia. En cada articulación hay unos recorridos articulares o arcos de movilidad que podemos considerar como normales y dentro de éstos unos arcos más funcionales (“Coeficiente funcional de movilidad de Ch. Rocher”). En general, los últimos grados del balance articular son menos funcionales y, por tanto, menos relevantes en la valoración de la incapacidad.

La existencia de una contractura muscular relevante suele asociar una disminución de la movilidad, mientras que un balance articular conservado no suele asociar contractura muscular relevante.

Podemos calcular los arcos de movilidad con métodos directos (goniómetro, inclinómetro,..) o indirectos. Dentro de los métodos indirectos más empleados están el test de Schöber (nos da una estimación de la movilidad de la columna lumbar) y la distancia dedo-suelo (además de la movilidad lumbar interviene también la de la cadera).

El Balance Muscular: Se considera útil para graduar la debilidad muscular la Escala de Daniels (ver tabla a continuación).

La Exploración Neurológica: Los signos y síntomas exploratorios de las raíces nerviosas que más se suelen afectar se recogen en la última tabla de esta página.

Existen *maniobras especiales* para orientar el diagnóstico, que se pueden emplear, recogidas en la primera tabla de la página siguiente.

3. Exploraciones complementarias: se clasifican según su interés en:

Pruebas básicas o indispensables para poder realizar una valoración adecuada.

Pruebas convenientes: son aquéllas necesarias pero que pueden ser de difícil acceso desde atención primaria, habría que solicitarlas a atención especializada.

Pruebas opcionales: no son necesarias, aunque si se dispone de ellas ayudarán a la valoración porque aportan información importante.

En función del tipo de patología raquídea que se sospeche realizaremos unas pruebas u otras, tal como se recoge en la segunda tabla de la página siguiente..

La **Radiología Simple** permite evidenciar patologías degenerativas, pero hay que tener presente siempre la escasa correlación clínico/radiológica en estos pacientes. Se puede considerar que la correlación a nivel de la cadera es buena, a nivel de la rodilla es regular y a nivel del raquis es mala; sirva de ejemplo el hecho de que existen cambios radiográficos degenerativos en el raquis en un 80% de las personas mayores de 55 años, aunque no presenten clínica. Los osteofitos, a los que se les ha dado tradicionalmente importancia, en general son asintomáticos y no suponen afectación de la función articular salvo que condicionen topes mecánicos en la amplitud de la articulación.

Escala de Potencia Muscular de Daniels	
GRADO	BALANCE MUSCULAR
0	Ausencia de contracción
1	Se ve o palpa contracción, pero no hay movimiento
2	Movimiento completo en ausencia de oposición o gravedad
3	Movimiento que vence la gravedad
4	Hay fuerza contra la resistencia del examinador
5	Fuerza normal

Exploración Neurológica			
RAÍZ	SENSIBILIDAD	MÚSCULO	REFLEJO
C3 y C4	Dolor y parestesias en zona mastoidea, cuello y tórax	Sin alteraciones motoras detectables	Sin anomalías en los reflejos
C5	Dolor: Lateral cuello Anterior-Superior hombro	Deltoides, Bíceps	Bicipital
	Parestesias: Deltoidea Anteroexterna brazo		
C6	Dolor: Externa antebrazo y brazo	Bíceps, extensores muñeca	Estilo-radial
	Parestesias: Pulgar, 2º dedo.		
C7	Dolor: zona central antebrazo hacia 3º dedo	Tríceps Flexores muñeca, Extensores de dedos	Tricipital
C8	Dolor: cubital antebrazo, 4º y 5º dedo	Flexores dedos, Interóseos	
	Parestesias: 5º dedo, mitad cubital 4º		
D1	Medial brazo-antebrazo	Interóseos	
D12-L3	Anterior muslo	Psoas ilíaco	
L4	Medial pierna	Tibial anterior	Rotuliano
L5	Lateral pierna	Extensor dedos	Tibial posterior
S1	Lateral tobillo y pie	Peroneos laterales, Gemelos, Sóleo	Aquileo
S2-S4	Perianal	Intrínsecos pie	

Maniobras especiales		
EFEECTO	LESIÓN	MANIOBRA
Maniobras para aumentar la presión intratecal	Lesiones ocupantes de espacio que puedan crear compromiso neurológico (osteofitos, hernias, tumores)	Maniobra de Valsalva
		Prueba de Milgran
Maniobras para comprobar radiculopatía	Compresión de la raíz por hernia discal o por osteofitos	Pruebas de compresión del agujero de compresión (Spurling)
	Irritación de raíces nerviosas	Prueba de depresión del hombro
	Estiramiento del plexo braquial	Prueba de abducción del hombro
	Compresión del tronco ciático	Maniobra de Lassègue
Prueba de Bragard		
Maniobras para comprobar mielopatía cervical	Irritación dural o meníngea en el raquis o mielopatía cervical	Signo de L'Hermite
		Mano mielopática cinética
		Mano mielopática postural
		Reflejo estilo-radial invertido
Maniobras para comprobar sospecha de mielopatía (disfunción córtico-talámica)	Sospecha de mielopatía (disfunción córtico-talámica)	Prueba de Hoffman
Maniobras para comprobar compresión a nivel del desfiladero torácico		Prueba de Adson
		Test de estrés con el brazo elevado

Indicación de Pruebas Complementarias						
Prueba	Patología Degenerativa	Patología Inflamatoria	Hernia Discal	Canal estrecho	Secuelas postraumáticas	Mielopatía
RADIOLOGÍA SIMPLE	Básica	Básica	Opcional	Opcional	Conveniente (Básica si no hay otras pruebas de imagen)	Opcional
T.A.C.	Conveniente	Opcional	Conveniente (si no hay RM)	Básica si se sospecha causa fundamentalmente ósea	Básica en algunos traumatismos (estallido vertebral, etc.)	Opcional
R.M.	Opcional	Opcional	Básica	Conveniente en causa no ósea	Conveniente en lesiones de partes blandas	Básica
NEUROFISIOLOGÍA	Básica si hay radiculopatía	Opcional	Básica si hay radiculopatía	Básica si hay radiculopatía. No indicada en el resto	Básica si hay radiculopatía. No indicada en el resto	Básica

El **TAC**: Indicado principalmente para valorar lesiones óseas (afectación de arcos vertebrales posteriores, etc.). El TAC es similar a la resonancia magnética (RMN) para evaluar las hernias lumbares, pero a nivel cervical la RMN es claramente superior.

La **Resonancia Magnética**: Indicada principalmente para la valoración de partes blandas (hernias discales, lesión medular, tumores, etc.). La RMN con gadolinio permite el diagnóstico diferencial entre recidiva herniaria y fibrosis post-quirúrgica (la fibrosis se refuerza con gadolinio). A la hora de valorar los informes de las RMN del raquis se debe prestar especial atención a la afectación

radicular (y a la medular en las RMN cervicales), que puede producirse por una estenosis del agujero de conjunción, una estenosis central de canal, una estenosis de recesos laterales y por una hernia o una protrusión discal. Al igual que la radiografía y el TAC, la RMN también presenta discordancia clínico-radiológica. Hay estudios orientados hacia la afección lumbar que han encontrado hernias discales en un 33% de voluntarios asintomáticos.

El **Estudio Electrofisiológico (ENMG)**: El estudio electrofisiológico incluye la electromiografía (registro en reposo y tras una contracción voluntaria de la actividad eléctrica del músculo), la electroneurografía (estudio la conducción ner-

viosa mediante 2 parámetros, velocidad de conducción y amplitud de potencial) y otras técnicas (Jitter, estimulación repetitiva, etc.). En las lesiones compresivas observamos primero una afectación de la velocidad de conducción (por afectación de la vaina de mielina) y, si la compresión progresa, un patrón de denervación (por afectación del axón). El ENMG nos sirve para establecer una correlación topográfica pero NO para cuantificar el déficit funcional (no existe una correlación clínico-eléctrica). Tampoco nos sirve para comprobar la eficacia de la cirugía del nervio: el nervio intervenido nunca se recupera totalmente desde el punto de vista electromiográfico. El nervio generalmente recupera bien su actividad una vez que se soluciona la compresión. No se puede considerar la lesión cronicada mientras existan signos de reinervación.

En muchas ocasiones es difícil la valoración de la patología de la columna vertebral debido fundamentalmente a los siguientes aspectos:

- La falta de signos objetivables que se correlacionen y justifiquen la sintomatología referida por el paciente.
- Mala respuesta de la sintomatología dolorosa al tratamiento, concurriendo una serie de factores que tienden a cronificar el dolor: edad, traumatismos previos, trabajos de esfuerzo físico, patologías asociadas, sedentarismo, insatisfacción laboral, etc.
- Se solicitan pruebas complementarias muchas veces innecesarias, o se derivan al especialista en lugar de apoyar la valoración en una buena exploración clínica, prolongándose así el periodo de Incapacidad Temporal.
- No se debe recomendar el reposo como parte del tratamiento de la lumbalgia. Es más, debe insistirse en la vuelta a las actividades habituales, incluidas las laborales, como una medida básica para evitar la cronificación del dolor lumbar.
- Los factores psicosociales son factores de riesgo de evolución hacia lumbalgia y cervicalgia cróni-

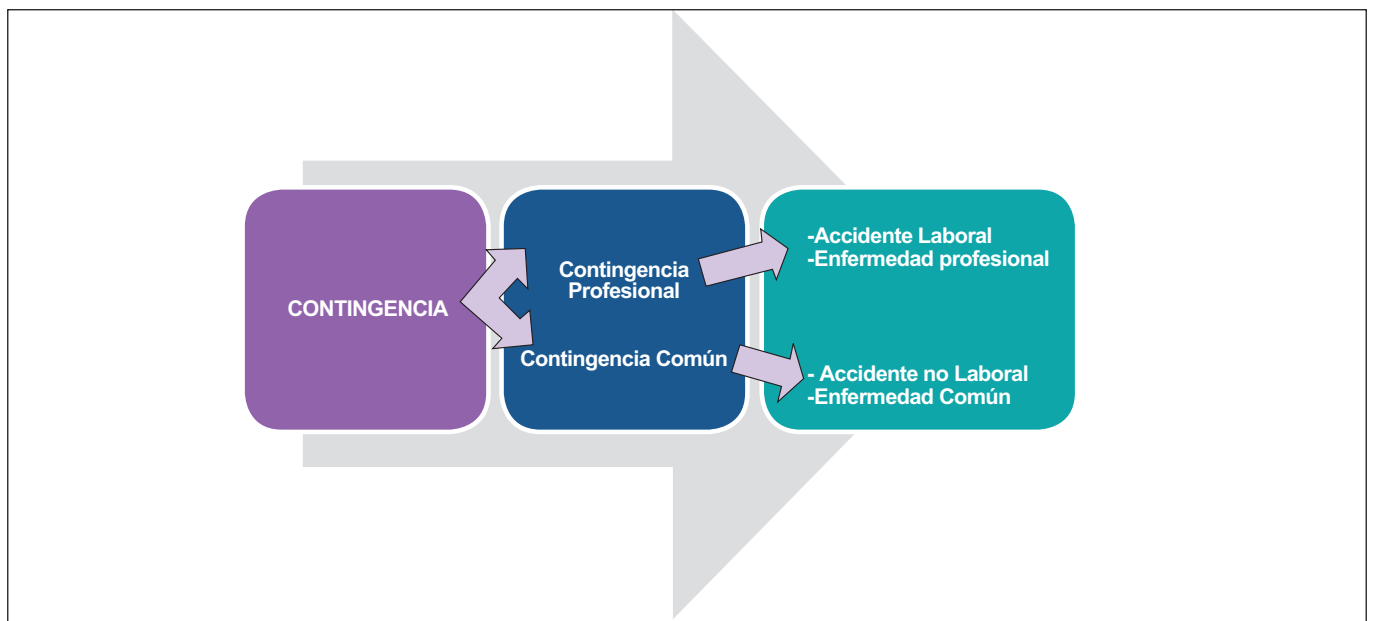
cas: los conflictos laborales (empleo a tiempo parcial, problemas económicos, etc.), jurídicos (indemnizaciones pendientes, etc.) o mentales (estrés psicológico, síntomas depresivos, percepción de un mal estado de salud, etc.).

- Una situación de incapacidad laboral viene siempre determinada por la existencia objetiva de una limitación funcional, temporal o permanente, incompatible con la actividad laboral habitual que desarrolla el paciente. No son por tanto situaciones de incapacidad laboral el mero hecho de estar pendiente de estudios o pruebas complementarias, de consulta con especialista, a la espera de realizar tratamiento rehabilitador o en lista de espera quirúrgica, si no se objetiva una limitación funcional.
- El hecho de encontrarse hallazgos patológicos en las pruebas complementarias (artrosis, protrusiones, hernias discales) no implica en sí mismo la incapacidad laboral del paciente, sino que, al igual que en cualquier otra patología, habrá que valorar las limitaciones funcionales, pudiendo ser precisa una baja laboral de manera temporal en periodos de agudización de la sintomatología.

D) DETERMINACIÓN DE LA CONTINGENCIA

Las lesiones que padezca el trabajador podrán tener, según cuál sea el origen de las mismas, una consideración como contingencia común o como contingencia profesional, dos conceptos que engloban situaciones determinadas que tienen diversas implicaciones.

Se entenderá como **contingencia profesional** al accidente de trabajo y las enfermedades laborales, es decir, aquellas lesiones calificadas como *daño laboral* por tener una relación con el trabajo desempeñado, y como **contingencias comunes** a las lesiones en cuyo desarrollo no ha influido el trabajo, *el daño no laboral*, que incluiría a los accidentes no laborales y las enfermedades comunes.



Una de las más importantes consecuencias que se deriva de una contingencia común o profesional, es la parte económica. En el caso de catalogarse como profesional, será el empresario el encargado de cubrir los gastos generados.

En este aspecto deben considerar la siguiente información:

1. Porcentajes de la base reguladora en caso de baja: en contingencia común, el empleado recibe el 60% de la base reguladora durante los primeros 20 días. Si es contingencia profesional, el porcentaje asciende al 75% de la base reguladora, pudiendo ascender al 100% por negociación colectiva.
2. Tratamiento médico y farmacéutico: en una contingencia común el empleado que la padece debe pagar el 40% de los medicamentos. En caso de ser una contingencia profesional, estos tratamientos son gratuitos.
3. Otro punto a considerar, es que en una contingencia profesional se pueden llegar a solicitar indemnizaciones por incumplimientos empresariales a la legislación de riesgos laborales.

La valoración de la relación existente entre la sintomatología de una enfermedad y la actividad laboral se realiza teniendo en cuenta la existencia de dos criterios principales, el *criterio de exposición* y el *criterio de temporalidad*.

El *criterio de exposición* hará referencia a la existencia de una exposición laboral compatible con la causalidad de dicho daño. El *criterio de temporalidad* a que la exposición laboral causal considerada sea anterior a la aparición de la lesión o enfermedad, es decir, que el tiempo de exposición o periodo de latencia sea compatible.

En el ejercicio laboral pueden ocurrir situaciones diversas, de acuerdo a la naturaleza del trabajo que se desarrolla, que generan lesiones y dolencias muy heterogéneas. Cuando esas lesiones provocan dolor (cervicalgias, cervicobraquialgias, dorsalgias, dorsolumbalgias, lumbociática, lumbalgias, gonalgias y otras artralgias) se entra en un arduo terreno de discusiones sobre la etiología posible de esos dolores, debido a la dificultad que se encuentra a la hora de objetivar clínicamente unas enfermedades en las que el síntoma clave, y a veces el único, es una sensación subjetiva de complicada filiación y ponderación. Así, los interlocutores responsables de diagnosticar, catalogar e indemnizar estas afecciones tendrán que argüir sobre las posibles causas que producen esos dolores.

En las lumbalgias, como en otros casos, para confirmar o descartar el trabajo como causante de la lesión de la espalda hay que evaluar los datos relativos a cada una de las tareas inherentes al puesto de trabajo, como la postura mantenida (sedestación, bipedestación), si existen posturas forzadas, manipulación de cargas, movimientos repetitivos, vibraciones, organización del trabajo, etc, para que una vez valorados los posibles factores de riesgo laboral confrontar dicha valoración con los datos clínicos y establecer la posible relación con la actividad laboral.

Así pues, en el caso de una lumbalgia postesfuerzo, se tendrá que demostrar la existencia de factores laborales que originan esa lumbalgia, descartando como factores causales principales otros posibles factores etiológicos extralaborales de las lumbalgias, como factores individuales, socioculturales, etc. que hayan podido contribuir a la aparición de la enfermedad, su mantenimiento, o que estén actuando de forma sinérgica con los laborales.

El origen multifactorial y su carácter acumulativo a lo largo del tiempo de las patologías osteomusculares, como es la lumbalgia, añaden dificultades a una definición precisa, siendo esta la razón más importante de la controversia existente en torno a la relación de estos trastornos con el trabajo y a su importancia en el desarrollo de la enfermedad.

Por tanto, las distintas las enfermedades, patologías o lesiones que cursen con lumbalgia podrán ser catalogadas como **Daño laboral o daño derivado del trabajo** si se establece que estas se han desarrollado con motivo u ocasión del trabajo como causa directa responsable, estableciendo los referidos criterios de exposición y temporalidad, a la vez que se descarta la causalidad de otros factores extralaborales.

Cuando no podamos establecer ese nexo laboral, por no estar clara la temporalidad o porque se encuentren factores no laborales claramente relacionados con enfermedad o lesión que produce la lumbalgia, si somos capaces de establecer que una exposición a un factor de riesgo laboral agrava o desencadena la reaparición de la lumbalgia hablaremos de **Daño agravado por el trabajo**. Se tratará por tanto en este caso, de enfermedades o defectos, en las que existe un origen obvio no laboral, pero cuya evolución y pronóstico se ve influido por las condiciones de trabajo. Dicho concepto viene definido en la legislación art. 115.2f de la LGSS. Es decir, en este caso se catalogan como tales, aquellos casos de lumbalgia en los que se ocasiona un agravamiento o reaparición de los síntomas de una enfermedad de la columna vertebral ya preexistente, o en las que se ha producido un empeoramiento o modificado las condiciones clínicas de dicha enfermedad, por la exposición a factores de riesgo laboral, pudiéndose establecer una relación causa-efecto.

Estaremos hablando por tanto de *contingencia profesional* cuando el daño derive o sea agravado por el trabajo y de *contingencia común* cuando la lesión se considere como **daño no laboral** por no cumplir los criterios para clasificarlas ni como daño derivado del trabajo ni como daño agravado por el trabajo, existiendo de forma añadida información sobre posibles factores causales, desencadenantes o agravantes de origen extralaboral. Se catalogarán por tanto como contingencia común todas las enfermedades comunes que cursen con lumbalgia.

En la valoración del daño laboral, además de los criterios epidemiológicos descritos, hay que contemplar una serie de condicionantes legales que catalogan la **contingencia profesional**. Así y de acuerdo a la LPRL, el daño laboral engloba diferentes tipos de lesiones entre las que

se encuentran el *accidente de trabajo y la enfermedad laboral*.

Según la LGSS (art.115) 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. Esta definición exige tres requerimientos: la existencia de lesión, que dicha lesión se sufra *con ocasión o por consecuencia del trabajo* y la presencia, como afectado, de un *trabajador por cuenta ajena* (a no ser que el trabajador autónomo haya optado, de forma voluntaria el asegurar las prestaciones de incapacidad por enfermedad profesional con una MATTEPS, RD 1273/2003).

Según la definición de Accidente de Trabajo, para determinar la contingencia profesional deberemos enjuiciar no al síntoma, sino a la lesión o enfermedad causante de la lumbalgia. Así, cuando la lumbalgia tenga su origen en una afección aguda de la espalda, especialmente si es a consecuencia de un traumatismo previo o un sobre-esfuerzo, serán fácilmente identificables los nexos causales y su consideración como accidente laboral.

Además, en base a esta misma ley, en caso de no existir antecedentes claros de un traumatismo previo, la lumbalgia deberá catalogarse como accidente laboral si los síntomas clínicos debutan en tiempo y lugar de trabajo.

Lógicamente, cuando clínicamente la lumbalgia curse como un proceso lento y progresivo se entorpecerá su identificación y diagnóstico, al ser más difícil probar su vinculación con el trabajo, tanto en caso de accidente laboral como de enfermedad profesional.

En España, la mayoría de las lesiones o patologías que suelen ocasionar lumbalgia como síntoma, cuando se demuestra que está producida en el trabajo, son catalogadas como *accidentes laborales*, por no encontrarse enumeradas dentro del listado de Enfermedades Profesionales descritas en el RD 1299/2006, ya que en base a este, cualquier lesión de la columna vertebral que aun teniendo origen laboral no se encuentre referida en dicho listado, no podrá ser catalogada como *enfermedad profesional*, teniéndolo que hacerse como accidente laboral.

Un ejemplo clásico es el de la hernia discal en la que se demuestra que está producida en el trabajo. En este sentido interesa revisar la jurisprudencia comentada al respecto en el apartado correspondiente de este texto (5ª parte) valorando al tiempo las discrepancias jurídicas en este tema de gran complejidad para todas las partes implicadas.

Exige determinar si el cuadro clínico (no la hernia en sí misma) es fruto del accidente o no. Las protrusiones o hernias discales encontradas en la RNM, deriven o no del accidente, no serían consideradas como consecuencia del mismo, si no se acompañan de manifestaciones clínicas.

Otro ejemplo típico es el del trabajador con antecedentes patológicos de espondililistesis L5-S1 previa con clínica de lumbalgia de larga duración, cuya sintomatolo-

gía sufre un agravamiento o reagudización en relación clara con un hecho concreto concerniente con las tareas del puesto de trabajo, el cual actúa como desencadenante.

En el caso de accidentes in itinere, el RD 8/2004 sobre compensación por accidentes de circulación, contempla como indemnizable el “cuadro clínico derivado de hernia/s o protrusión/es discal/es operada/s o sin operar”.

Por otro lado, como hemos dicho, para poder vincular a la lumbalgia con una enfermedad profesional, tendremos que buscar como origen de este síntoma una de las enfermedades enumeradas en el listado de Enfermedades Profesionales. Según la LGSS (art. 116), se entenderá por *enfermedad profesional* la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro de Enfermedades Profesionales, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. En dicho cuadro están descritas varias enfermedades que pueden ocasionar lumbalgia, entre las que, por su frecuencia e importancia en el mundo laboral, las primeras a considerar serían las enfermedades profesionales relacionadas con la exposición a **Riesgos Físicos**.

La lesión más característica es la lumbalgia ocasionada por el “Arrancamiento por fatiga de las apófisis espinosas” asociada a una actividad laboral compatible, como las posturas forzadas y los movimientos repetitivos, en trabajos de apaleo o de manipulación de cargas pesadas. La encontramos incluida como enfermedades causadas por agentes físicos, dentro del grupo 2, agente E, subagente 01, con el código 2E0101.

Hay otras enfermedades causadas por agentes físicos que se deben contemplar en la valoración de la contingencia profesional como origen de la lumbalgia. Es el caso de las lumbalgias por afectación osteoarticular en relación a la exposición a “Vibraciones mecánicas”, código 2B02, en aquellos trabajadores que manejan maquinarias como martillos neumáticos, taladros de percusión, perforadoras, pulidoras, remachadoras, sierras mecánicas, etc.

Otro punto a valorar es el dolor lumbar relacionado con la “Bursitis glútea”, código 2C0201, típico de trabajadores de la minería, en los que las posturas forzadas y los movimientos repetitivos en su puesto de trabajo requieren una presión mantenida en la zona referida, condicionando una inflamación de las bolsas serosas.

Y la lumbalgia que podría aparecer en un “Síndrome de compresión del nervio ciático poplíteo externo”, grupo 2, agente F, subagente 04, si como efecto de la compresión crónica de dicho nervio se produjese la consiguiente alteración de la raíz nerviosa (L5) de la que procede el nervio ciático poplíteo externo.

Además del grupo de las lumbalgias mecánicas, tendrán consideración aparte las lumbalgias asociadas a las neuropatías de origen laboral, las cuales podrían determinar la contingencia como profesional si se demostrara la

existencia de una "Neuropatía por presión" o una "Neuropatía por exposición a productos químicos".

Los trastornos musculoesqueléticos, en general, constituyen la causa más frecuente de **daño laboral**, lo que pone de manifiesto la importancia de su prevención y diagnóstico precoz a fin de garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores, así como de la necesidad de que existan médicos con la formación necesaria para realizar con excelencia una labor pericial. Dicha tarea requiere un conocimiento exhaustivo de los factores de riesgo laboral, de las características especiales de las lesiones y las enfermedades ligadas al trabajo, así como su correcto diagnóstico, y de la capacidad de ligar con coherencia la relación entre ambos conceptos. Esta es la labor que se encomienda a los médicos del trabajo, con el apoyo cuando lo requiera de otros profesionales sanitarios y de los técnicos del Servicio de Prevención.

Uno de las bases de la catalogación laboral de las lesiones de la espalda, es la *clasificación* de la misma *en base a la historia clínica y la exploración* del paciente:

- **Lumbalgia mecánica:** aquella cuyas causas principales son las alteraciones estructurales y las sobrecargas posturales y funcionales de los elementos vertebrales. Se trata de un dolor vertebral o paravertebral, con posible irradiación local hasta músculos y glúteos. Mejora con el reposo y empeora con la movilización. En general, no existe dolor nocturno. Aparece después o durante el esfuerzo y suele desaparecer con el reposo. Generalmente es de origen muscular.

La lumbalgias de origen laboral, especialmente cuando no se acompañan de cialgia, son en su mayoría lumbalgias mecánicas, es decir de origen muscular y provocadas por factores de riesgo laboral como sobreesfuerzos musculares y posturas forzadas.

- **Lumbalgia no mecánica:** aquella que puede ser de causa inflamatoria (espondilitis anquilosante y otras espondilopatías), infecciosa, tumoral, visceral (por patología gastrointestinal como el úlcus, patología vascular, genitourinaria), etc. Se trata de un dolor diurno y también a veces de noche, que no cede con el reposo y aumenta exageradamente con los movimientos.

También es importante diferenciar las lumbalgias *según el tiempo de evolución*, pues la cronología de la lumbalgia nos va a permitir orientar el diagnóstico hacia un posible origen laboral de la lesión. La mayoría de casos de patología causada por el trabajo cursan como lumbalgias agudas, siendo los cuadros subagudos o crónicos raramente de origen laboral; así, por ejemplo, diferenciaremos la clínica típica de una hernia de disco aguda, frente a manifestaciones clínicas de una degeneración discal, con curso insidioso.

- **Lumbalgia aguda:** dura menos de 6 semanas. En general el dolor lumbar agudo aparece bruscamente tras sobreesfuerzo u otras causas. Va acompañado de rigidez lumbar e impotencia funcional importante. Las es-

tructuras afectadas suelen ser los músculos y los ligamentos, siendo menos frecuente la afectación de las articulaciones y los huesos. En el caso de originarse una hernia aguda, tras un accidente o esfuerzo, la sintomatología más frecuente es la de radiculalgia inmediata o escasamente diferida en sujetos jóvenes, predominantemente varones. Acostumbra a tratarse de cuadros monoradiculares y el signo de Dejerine suele ser positivo (el dolor radicular aparece o se exagera con la tos, estornudo o maniobras de Valsalva en general). Este signo tiende a indicar volumen herniado significativo. Las maniobras de estiramiento radicular suelen ser positivas en el lado y raíz afectos y la maniobra de compresión discal axial (Maniobra de Spurling) puede producir dolor irradiado).

- **Lumbalgia subaguda:** su duración está comprendida entre 6 semanas y 3 meses. El inicio suele ser gradual, muy suave al principio y progresivamente va aumentando la intensidad del dolor. Sería por ejemplo el caso de la aparición de una hernia discal como parte de un proceso degenerativo progresivo.

- **Lumbalgia crónica:** supera los 3 meses. Se trata de un proceso lento e insidioso, típico de la espondilosis, espondiloartritis anquilopoyética, osteoporosis, la degeneración discal, etc. Suele tratarse de dolores poco intensos pero constantes y recidivantes, en sujetos de mayor edad que los que padecen lumbalgias agudas. Predomina la afectación motora frente a radiculálgicas (debilidad frente a dolor) y hay mayor frecuencia de afectación pluriradicular o bilateral.

Existen *factores de mal pronóstico* que influirán en la cronificación de la lumbalgia:

- **Factores demográficos:** ser varón, edad 45 años, nivel educativo y socioeconómico bajo.

- **Factores laborales:** mecánicos, es decir vibraciones, flexiones repetidas, torsiones; tipo de trabajo: monótono, repetitivo, insatisfactorio; historia de bajas previas por episodios lumbares; accidente laboral percibido como causa de la lumbalgia; litigio laboral, cobro de compensación económica.

- **Factores médicos:** enfermedades concomitantes, padecer síndromes crónicos, abuso de sustancias como drogas, sedentarismo, discapacidad asociada u otras alteraciones asociadas como fatiga, cansancio habitual, alteración del sueño, alteraciones digestivas.

- **Factores psicológicos:** antecedente de patología psiquiátrica o psicológica, como ansiedad o depresión o alteración de la personalidad o baja capacidad de afrontamiento.

Tras las consideraciones expuestas anteriormente podemos concluir que en ocasiones no será una tarea fácil demostrar la existencia de una relación directa de causalidad entre la lumbalgia y el trabajo realizado. La lumbalgia, como otras muchas patologías osteomusculares, es de gran prevalencia en la población general a partir de los 50 años y en su origen están implicados múltiples agentes coadyuvantes de origen no laboral que dificultarán la vinculación exclu-

siva de la lumbalgia a factores laborales de riesgo, como manipulación de cargas, sobreesfuerzos o movimientos repetitivos.

Existen además otros aspectos que limitan el establecimiento de un nexo con el ámbito laboral; uno de ellos es la dificultad para confirmar un *diagnóstico etiológico*, pues en la mayoría de las lumbalgias este diagnóstico es exclusivamente clínico y la sintomatología de la patología originada por el trabajo no se diferencia de la causada por una enfermedad común. El 85% de las lumbalgias mecánicas son inespecíficas, no encontrándose relación entre los hallazgos radiológicos y la clínica.

Debemos considerar también, la dificultad añadida que supone, en los casos de lumbalgia subaguda o crónica, vincular la lesión con la exposición a factores de riesgo laboral tras el transcurso del tiempo.

Pero además, aún admitiendo que la lumbalgia está causada por la exposición a un determinado factor de riesgo, como pueda ser la manipulación manual de cargas o los sobreesfuerzos musculares, podremos encontrar otro tipo de problemas técnicos, como determinar cuánta carga hace falta para causar la lesión o qué movimientos son los que pueden ser lesivos para el sistema osteomuscular de la espalda.

3.3. PANOTRATSS. Patologías no traumáticas de la Seguridad Social causadas por el accidente de trabajo. La presencia de las patologías de columna lumbar en las notificaciones realizadas

Resulta evidente la importancia que tiene la determinación de la contingencia para establecer los derechos y prestaciones a que puede optar un trabajador, con la dificultad que conlleva establecer que la causalidad de la patología está en la ejecución del trabajo realizado y así poder ser considerada como contingencia profesional. Es por ello que existe una tercera figura, distinta del Accidente de Trabajo y de la Enfermedad Profesional, constituida por aquellas enfermedades que, a pesar de no estar incluidas en el listado de Enfermedades Profesionales, tienen su origen en la actividad laboral y que se enmarcan en la definición del artículo 115, punto 2, epígrafe e) de la LGSS, que recoge como accidente de trabajo *las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.*

En Junio de 2010, mediante Orden TIN 1448/2010, de 2 de junio, se creó un fichero informático, denominado PANOTRATSS, que recoge las patologías no traumáticas

causadas por el trabajo, que no tienen la consideración de enfermedad profesional, pero sí de accidente laboral, en base a la definición del artículo 115.2 de la LGSS mencionado en el párrafo anterior. Es fundamental, pues, que se pruebe que la enfermedad ha tenido por causa exclusiva la ejecución del trabajo.

Las diferentes entidades gestoras (INSS e ISM) y colaboradoras (Mutuas de Accidentes de Trabajo), a través de un aplicativo informático que ha creado la Dirección de Ordenación de la Seguridad Social, comunican y gestionan este tipo de lesiones, las PANOTRATSS.

El objetivo de este nuevo sistema es conocer aquellas patologías no traumáticas (es decir, cuyo mecanismo causal no tenga un claro origen en el puesto de trabajo) y que no tienen cabida en el actual cuadro de enfermedades profesionales, pero sin embargo está probado que su causa exclusiva se encuentra en el trabajo que el sujeto viene realizando.

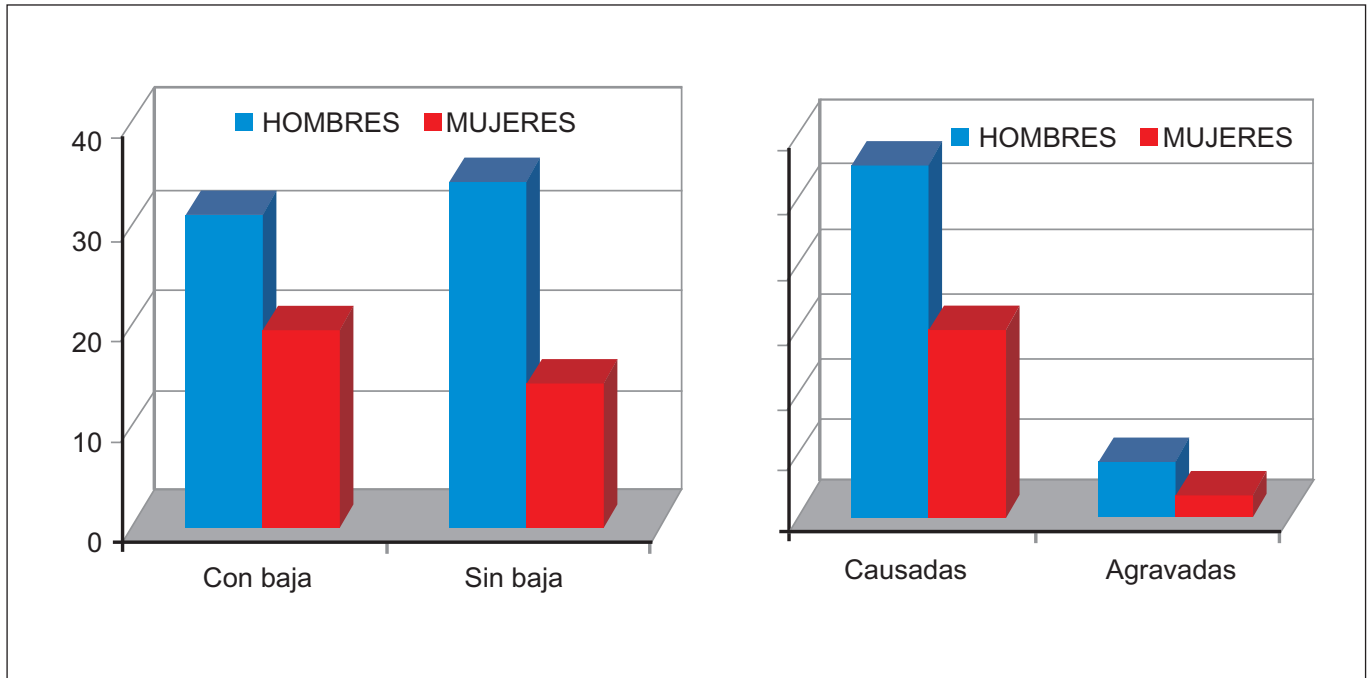
Según los últimos datos estadísticos publicados por el Observatorio de las Contingencias Profesionales de la Seguridad Social en su página Web, en el periodo de Enero a Septiembre de 2011 la estadística de *Patologías no traumáticas (PANOTRATSS)* notificadas indica lo siguiente:

1. Hay un discreto predominio de las notificaciones que se acompañan de baja laboral.
2. El mayor número de notificaciones se corresponde con hombres.
3. El bloque mayor de notificaciones se da en trabajadores comprendidos entre los 30 a 44 años, que suponen, en conjunto, el 50.2 % de los partes totales de notificación.
4. Las patologías que destacan en las notificaciones son las que se corresponden con las enfermedades del aparato locomotor.
5. Las actividades económicas con mayor número de notificaciones son la industria manufacturera, comercio al por mayor y al por menor (reparación de vehículos de motor) y la construcción.

Número total de partes comunicados desde enero a septiembre de 2011		
Notificaciones Totales: 8.509	Distribución según el Sexo	Relación con el trabajo
Con baja 4.317 (50,73%)	Hombres 65,38%	Enfermedades Causadas por el trabajo 86,48%
Sin baja 4.192 (49,27%)	Mujeres 34,62%	Enfermedades Agravadas por el trabajo 13,52%

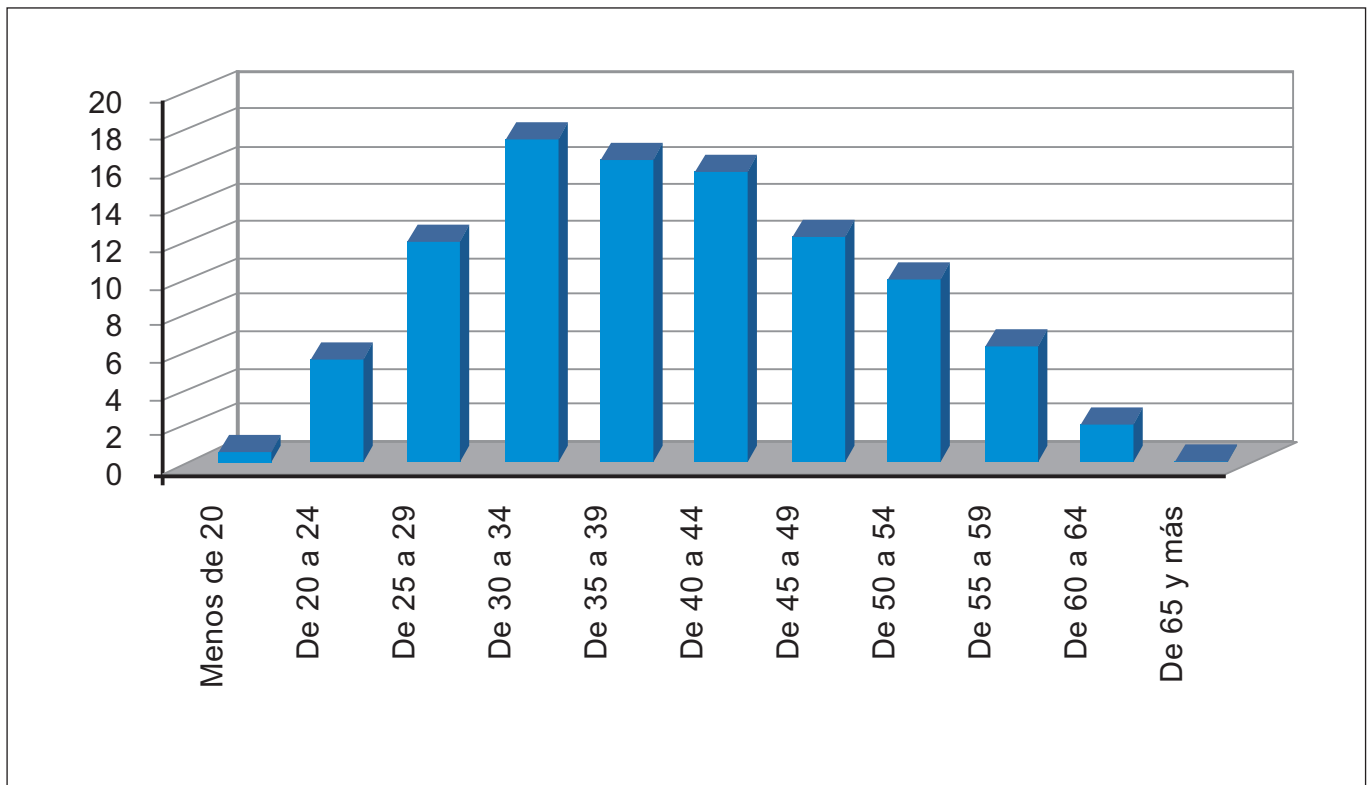
Fuente: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents>.

➤ Distribución porcentual según la edad y sexo de los trabajadores.



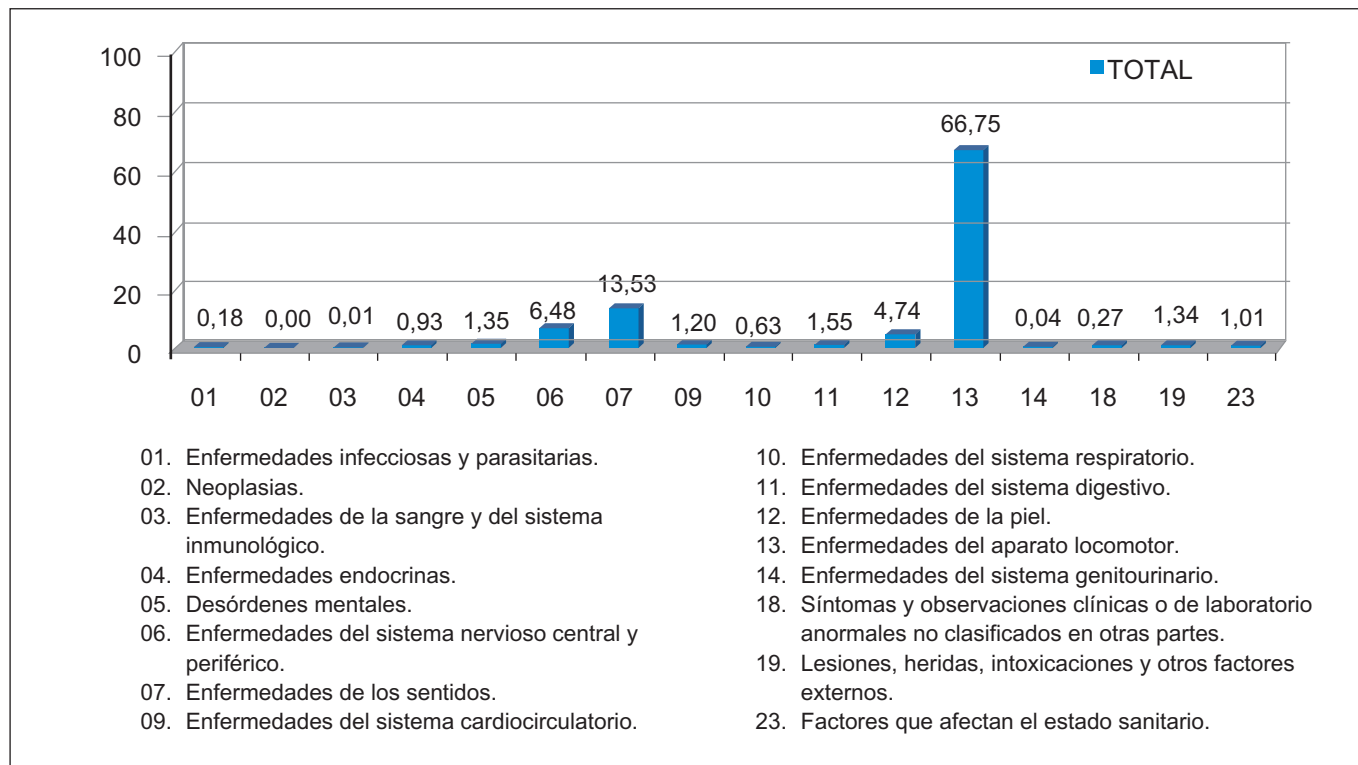
Fuente: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/146986.pdf>

➤ Distribución de los partes de Comunicación según la edad del trabajador/a.



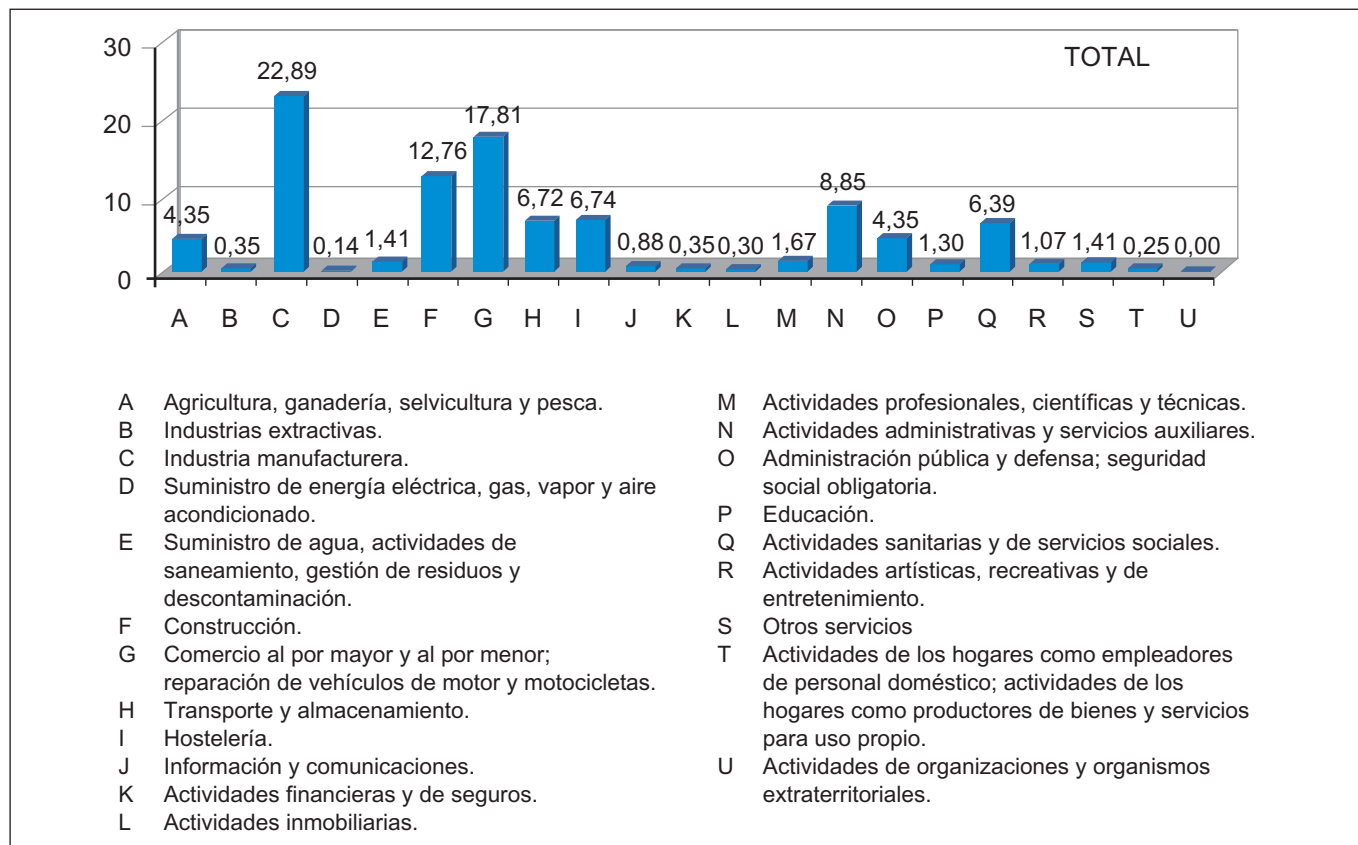
Fuente: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/146983.pdf>

➤ Distribución porcentual según el tipo de patología notificada.



Fuente: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/146984.pdf>

➤ Distribución porcentual según el tipo de actividad económica.



Fuente: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/146985.pdf>

➤ Considerando los tres grupos de patologías más frecuentes:

Enfermedades causadas por el trabajo		
ENFERMEDADES – PARTES DE BAJA	PORCENTAJES	CIFRAS NUMÉRICAS
TOTAL PARTES (con o sin baja)	100%	6419
Enfermedades del aparato locomotor	65.1%	4787
Enfermedades de los sentidos	15.4%	1133
Enfermedades del sistema nervioso central y periférico	6.6%	499
Enfermedades o defectos agravados por el trabajo		
ENFERMEDADES – PARTES DE BAJA	PORCENTAJES	CIFRAS NUMÉRICAS
TOTAL PARTES (con o sin baja)	100%	1150
Enfermedades del aparato locomotor	77.6%	893
Enfermedades de la piel	6.5%	75
Enfermedades del sistema nervioso central y periférico	4.5%	52

➤ Dentro de las Enfermedades del aparato locomotor, las patologías notificadas son:

Enfermedades causadas por el trabajo		
ENFERMEDADES – PARTES	PORCENTAJES	CIFRAS NUMÉRICAS
TOTAL PARTES Enfermedades aparato locomotor	100%	4787
Enfermedades de la columna vertebral y de la espalda	62.1%	2974
Otras enfermedades del aparato locomotor	37.5%	1797
Osteopatías y condropatías	0.4%	16
Enfermedades agravadas por el trabajo		
ENFERMEDADES – PARTES	PORCENTAJES	CIFRAS NUMÉRICAS
TOTAL PARTES Enfermedades aparato locomotor	100%	893
Enfermedades de la columna vertebral y de la espalda	59.8%	534
Otras enfermedades del aparato locomotor	37.3%	333
Osteopatías y condropatías	2.9%	26

4ª PARTE. PUBLICACIONES MÉDICO-CIENTÍFICAS EN LUMBALGIAS Y HERNIAS DISCALES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y BIBLIOMÉTRICA

4.1. Revisión bibliográfica en lumbalgias y hernias discales

Es difícil conocer con precisión en qué punto está la investigación médica en una materia y su difusión en las publicaciones. Para simplificarlo, se recurre habitualmente a realizar búsquedas bibliográficas en la que está considerada como la base médico-científica de referencia: PUB-Med¹³.

Cuando se quiere realizar en medicina una búsqueda bibliográfica sobre un tema concreto, se recurre a palabras clave contenidas en dichas publicaciones, solas o asociadas a otras u otros conceptos. Se apoya esta búsqueda mediante descriptores (DEsC)¹⁴, que son palabras o expresiones del lenguaje utilizadas por el constructor del tesoro para designar los conceptos representativos del documento y las preguntas utilizadas por el indizador.

En el caso que aquí nos ocupa, para realizar la búsqueda bibliográfica sobre el concepto de daño la-

boral, y de forma específica, del de accidente de trabajo y enfermedad profesional, aplicado a las patologías lumbares (lumbalgia, discopatías y procesos asimilados), las opciones que el Desc nos ofrece son múltiples: Low back pain (19.607 publicaciones), Intervertebral Disk Displacement (14.322 publicaciones), Ciática, Sciatic Neuropathy, Intervertebral Disk Degeneration, Radiculopathy, Back Pain, Spinal Nerve Roots. Por ello nos circunscribimos a las dos primeras, por considerar que son las más representativas del conjunto, según nuestro propio criterio personal.

En la tabla que se muestra a continuación vienen reflejadas las publicaciones que constan en Pub-Med sobre cada una de estos términos de búsqueda, así como el primer y último año de aparición de dichas publicaciones.

El mayor número de publicaciones aparece asociado al término genérico de dolor de espalda o bien a los específicamente relacionados con la afectación radicular.

La primera publicación que se encuentra en Pub-Med en referencia a esta temática, es de 1812 y se refiere en concreto a las ciáticas, siendo todas las demás del siglo XX, algunas de ellas de principios de siglo, como la referida a la afectación de los nervios espinales de 1908. La mayor parte de las publicaciones es de máxima actualidad y proceden las más recientes de este mismo año 2011.

Revisión bibliográfica Pub-Med* relativa a patología de columna lumbar		
Términos de búsqueda Pub-Med	Número de publicaciones Médicas	Años de las publicaciones
Intervertebral Disk Degeneration	2.276	primera en 1949 y última en 2011
Radiculopathy	4.933	primera en 1948 y última en 2011
Sciatic	5.194	primera en 1812 y última en 2011
Cronic Low Back Pain	5.316	primera en 1946 y última en 2011
Intervertebral Disk Displacement	14.322	primera en 1947 y última en 2011
Low Back Pain	19.607	primera en 1925 y última en 2011
Spinal Nerve Roots	26.331	primera en 1908 y última en 2011
Back Pain	38.474	primera en 1925 y última en 2011
Neuropathy	43.176	primera en 1924 y última en 2011

* Pub-Med es la base de datos médica de referencia en publicaciones científicas. Búsqueda realizada el 1 de mayo de 2011.
Fuente: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Ref: Grupo de Investigación en Medicina del trabajo. GIMT.

¹³ PubMed Central es una base de datos gratuita de textos/publicaciones de literatura científica en biomedicina y ciencias de la salud.

¹⁴ DEsC. Descriptores en Ciencias de la Salud fue creado para servir como un lenguaje único en la indización de artículos de revistas científicas, libros, anales de congresos, informes técnicos, y otros tipos de materiales, así como para ser usado en la búsqueda y recuperación de asuntos de la literatura científica en las fuentes de información disponibles en la Biblioteca Virtual en Salud.

Realizando ya la búsqueda bibliográfica en el aspecto mucho más concreto de **dolor lumbar o lumbalgia (low back pain)**, como primer paso es necesario analizar el peso cuantitativo que tienen las distintas palabras clave o descriptores en las publicaciones, para poder a continuación aproximarnos a aquellos que más ocupan y posiblemente también más preocupan al colectivo médico en esta materia y, al tiempo, analizar los que menos dedicación suponen, en base a lo reflejado en las palabras clave utilizadas. Los resultados obtenidos de esta búsqueda no son sumatorios. Hay que tener en cuenta que puede haber duplicidad e incluso triplicidad en ellos, puesto que en todas las publicaciones recogidas en Pub-Med constan varias palabras clave o descriptores para su posterior búsqueda, lo que podría suponer un sesgo para el observador. Pero esto no desvirtúa nuestro objetivo, que es ver hasta que punto aspectos ligados al desempeño laboral del médico del trabajo quedan referidos y

reflejados en lo publicado respecto a este tema de forma aislada o, como es más habitual, asociados a otros conceptos clínicos o laborales (ver tabla en esta página).

Destaca al analizar los resultados la cuantiosa información publicada con el concepto genérico de **LUMBALGIA (19.607 publicaciones)**, cuyos primeros datos son de comienzos del pasado siglo XX (**año 1925**). Son, a su vez, mayoritarias las publicaciones que tienen como base los *aspectos diagnósticos (12.583 publicaciones)* o de *tratamiento* de esta patología (**12.133 publicaciones**), con mucha menor referencia al estudio de los *factores de riesgo* involucrados en su aparición (**1.837 publicaciones**) y a los aspectos relacionados con la *prevención y control (1.314 publicaciones)*, temas éstos que por razones obvias interesan de forma especial al médico del trabajo y a la Salud Laboral en su conjunto. Todas las publicaciones tienen plena actualidad siendo las últimas recogidas del presente año 2011.

Revisión bibliográfica Pub-Med* en relación a Lumbalgias - Low Back Pain		
Términos de búsqueda	Número de publicaciones Médicas	Años de las publicaciones
Lumbalgia-Aspectos clínico-asistenciales		
Low Back Pain	19.607	primera en 1925 y última en 2011
Low back pain and prevalence (prevalencia)	3.174	primera en 1968 y última en 2011
Low back pain and risk factors (factores de riesgo)	1.837	primera en 1976 y última en 2011
Low back pain and Etiology (Etiología)	8.014	primera en 1946 y última en 2011
Low back pain and physiopathology (fisiopatología)	3.954	primera en 1953 y última en 2011
Low back pain and prevention & control (prevención y control)	1.314	primera en 1959 y última en 2011
Low back pain and epidemiology (epidemiología)	2.753	primera en 1968 y última en 2011
Low back pain and diagnosis (diagnóstico)	12.583	primera en 1933 y última en 2011
Low back pain and Therapy (Tratamiento)	12.133	primera en 1946 y última en 2011
Low back pain and complications (complicaciones)	4.835	primera en 1952 y última en 2011
Low back pain and genetics (genética)	182	primera en 1975 y última en 2011
Low back pain and morbidity (morbilidad)	3008	primera en 1968 y última en 2011
Low back pain and mortality (mortalidad)	209	primera en 1974 y última en 2011
Lumbalgia- Aspectos socio-laborales		
Low back pain and occupational cost (Coste Laboral)	219	primera en 1962 y última en 2011
Low back pain and occupational risk factors (factores de riesgo laboral)	722	primera en 1976 y última en 2011
Low back pain and Occupational medicine (Medicina del Trabajo)	507	primera en 1962 y última en 2011
Low back pain and Occupational health (Salud Laboral)	1284	primera en 1951 y última en 2011
Low back pain and Social medicine (Medicina Social)	232	primera en 1979 y última en 2011
Low back pain and Absenteeism (Absentismo)	288	primera en 1965 y última en 2011
Low back pain and Handicap (Minusvalía)	47	primera en 1981 y última en 2011
Low back pain and Disability (Discapacidad)	3265	primera en 1951 y última en 2011
Low back pain and Impairment (Deficiencia)	423	primera en 1975 y última en 2011
Low back pain and Incapacity (Incapacidad)	35	primera en 1983 y última en 2010

Revisando de forma específica aquellas publicaciones que contienen entre sus palabras clave de referencia términos ligados a la actividad de la *medicina del trabajo* y a *salud laboral*, se observa que aparecen mayor número de publicaciones con este segundo término (**1.284 publicaciones**) por ser más genérico y probablemente más conocido y manejado entre profesionales sanitarios ajenos a nuestro ámbito, si bien el grupo más numeroso de publicaciones en este sentido son las referidas al concepto de *discapacidad asociado a lumbalgias* (**3.265 publicaciones**) a pesar de que las cifras son marcadamente

inferiores a las obtenidas anteriormente en los aspectos puramente clínicos ligados a la enfermedad.

Se ve también que este grupo de publicaciones es de aparición posterior (aparecen en 1951 las primeras), aunque su vigencia queda patente en cuanto que las últimas constan de este año 2011. Llama sin embargo la atención que tan sólo **507 publicaciones** hayan profundizado en los factores de riesgo laboral, teniendo en cuenta el peso específico que pueden tener en la aparición y posterior evolución de la patología lumbar y en la potencial labor preventiva a desempeñar en este sentido.

Revisión bibliográfica Pub-Med en relación a Hernia Discal- Intervertebral Disk Displacement		
Términos de búsqueda en Pub-Med	Número de publicaciones Médicas	Años de las publicaciones
Publicaciones clínico-asistenciales		
Intervertebral Disk Displacement	14.322	primera en 1947 y última en 2011
Intervertebral Disk Displacement and prevalence (prevalencia)	760	primera en 1965 y última en 2011
Intervertebral Disk Displacement and risk factor (factores de riesgo)	439	primera en 1975 y última en 2011
Intervertebral Disk Displacement and Etiology (Etiología)	5.746	primera en 1951 y última en 2011
Intervertebral Disk Displacement and physiopathology (fisiopatología)	1.907	primera en 1964 y última en 2011
Intervertebral Disk Displacement and prevention & control (prevención y control)	452	primera en 1956 y última en 2010
Intervertebral Disk Displacement and epidemiology (epidemiología)	677	primera en 1965 y última en 2011
Intervertebral Disk Displacement and diagnosis (diagnóstico)	10.027	primera en 1951 y última en 2011
Intervertebral Disk Displacement and Therapy (Tratamiento)	9.169	primera en 1951 y última en 2011
Intervertebral Disk Displacement and complications (complicaciones)	5276	primera en 1951 y última en 2011
Intervertebral Disk Displacement and morbidity (morbilidad)	863	primera en 1965 y última en 2011
Intervertebral Disk Displacement and genetics (genética)	184	primera en 1966 y última en 2011
Intervertebral Disk Displacement and mortality (mortalidad)	96	primera en 1965 y última en 2010
Publicaciones médico-laborales		
Intervertebral Disk Displacement and Occupational cost (Coste Laboral)	20	primera en 1979 y última en 2008
Intervertebral Disk Displacement And occupational risk factors (factores de riesgo laboral)	59	primera en 1975 y última en 2010
Intervertebral Disk Displacement and Occupational medicine(Medicina del Trabajo)	63	primera en 1960 y última en 2010
Intervertebral Disk Displacement and Occupational health (Salud Laboral)		primera en 1965 y última en 2010
Intervertebral Disk Displacement and Social medicine (Medicina Social)	73	primera en 1958 y última en 2010
Intervertebral Disk Displacement and Absenteeism (Absentismo)	19	primera en 1964 y última en 2011
Intervertebral Disk Displacement and Handicap (Minusvalía)	25	primera en 1965 y última en 2010
Intervertebral Disk Displacement and Disability (Discapacidad)	13	primera en 1986 y última en 1999
Intervertebral Disk Displacement and Impairment (Deficiencia)	685	primera en 1954 y última en 2011
Intervertebral Disk Displacement and Incapacity (Incapacidad)	109	primera en 1955 y última en 2010
Intervertebral Disk Displacement and mortality (mortalidad)	13	primera en 1971 y última en 2009

Si esta misma reflexión la trasladamos al término de **HERNIA DISCAL**, son también cuantiosas las publicaciones obtenidas con el concepto genérico de hernia discal (**14.322 publicaciones**) y también muy precoces: la primera de ellas la encontramos en 1947. Destacan, como en el caso anterior, las que toman como referencia de búsqueda en la palabra clave los *aspectos diagnósticos* (**10.027 publicaciones**) o los *tratamientos* (**9.169 publicaciones**), siendo menor el número de publicaciones obtenidas en las que se valoran los *factores de riesgo* en su aparición (**439 publicaciones**) y de posterior aparición (**año 1975**). Los resultados de la búsqueda se muestran en la siguiente tabla.

En cuanto a las referencias de hernias discales en los aspectos más ligados a la actividad del médico del trabajo, tal como se muestra en la tabla el número de publicaciones es bastante escaso, no superando el centenar en casi ninguno de los términos de búsqueda seleccionados, si bien en algunos son algo más numerosas, como ocurre en el caso de la *discapacidad asociada a las hernias discales* (**685 publicaciones**) o a la *deficiencia* que ocasionan (**109 publicaciones**). Tan solo **59 publicaciones** hacen referencia a *factores de riesgo laboral* como situaciones a valorar y tener en consideración en la prevención y posterior evolución de estos procesos.

Por otra parte, es de reseñar que no es hasta bien entrado el siglo XX cuando aparecen las primeras publicaciones en Pub-Med en relación a estos temas. Hay que esperar hasta **1947** para tener una primera publicación de hernia discal como concepto genérico y hasta **1958** para que este problema de salud se relacione con Salud laboral.

El *coste laboral* que las hernias discales pudieran llevar aparejado queda reflejado en tan solo 20 publicaciones, siendo la más reciente de 2008 y su reflejo en el absentismo laboral en 25 publicaciones, la última de 2010 (ver tabla en página anterior).

Con esta revisión queda patente cómo se refleja en las publicaciones médico-científicas la existencia de una menor ocupación por la investigación sobre los aspectos laborales relacionados con estas patologías y por las connotaciones preventivas o de repercusión económica o laboral que de ellas pudieran derivarse, si bien en muchos casos. Se trata de un campo con amplias posibilidades de investigación y particularmente inexplorado donde hay objetivos que conseguir de utilidad práctica en salud, seguridad y en costes económicos.

4.2. Revisión bibliométrica en lumbalgias y hernias discales

Se busca en este apartado realizar una valoración del **Impacto Científico** de las publicaciones consultadas sobre lumbalgia y hernia discal (tipo de revista, países que destacan en publicaciones, análisis de los resultados obtenidos).

METODOLOGÍA EMPLEADA EN LA REVISIÓN

Para localizar los artículos que han sido objeto de análisis en el tema que nos ocupa (Lumbalgia –**LOW BACK PAIN**–/hernia discal –**INTERVERTEBRAL DISK HERNIATION**–) y su repercusión en la bibliografía médica, se emplea la base de datos MEDLINE. De esta forma se seleccionan como criterios de búsqueda las palabras clave relacionadas con el mundo del trabajo: disability, handicap, impairment, occupational medicine y occupational health. Como límites de búsqueda se establecen los artículos publicados en los dos últimos años y aquellos que se centran en estudios realizados en humanos, descartándose con ello todos los que toman como base especies animales de experimentación.

De cada artículo se extraen una serie de datos considerados como imprescindibles para realizar el análisis bibliométrico posterior: título, año de publicación, nombre de la revista, país de la revista, idioma del artículo, factor de impacto ISI (Institute for Scientific Information) del artículo, posición relativa (en cuartiles) de la revista, grupo al que pertenece la revista, nacionalidad de los autores y tipo de institución donde trabajan los autores.

El título, año de publicación, nombre de la revista, idioma del artículo, nacionalidad de los autores e institución se obtienen bien de los abstract o de los artículos completos revisados en los casos en que ha sido necesario por no constar toda la información requerida en el abstract.

El factor de impacto, la posición relativa y grupo al que pertenece la revista se obtienen consultando la Web of Knowledge del Sistema Español de Ciencia y Tecnología.

Los valores estadísticos y los diagramas de caja se elaboran con el paquete estadístico G-Stat 2.0

La **bibliometría** es una parte de la cienciometría que aplica métodos matemáticos y estadísticos a toda la literatura de carácter científico y a los autores que la producen, con el objetivo de estudiar y analizar la actividad científica. Para ello se ayuda de leyes bibliométricas, basadas en el comportamiento estadístico regular que a lo largo del tiempo han mostrado los diferentes elementos que forman parte de la Ciencia. Los instrumentos utilizados para medir los aspectos de este fenómeno social son los indicadores bibliométricos, medidas que proporcionan información sobre los resultados de la actividad científica en cualquiera de sus manifestaciones.

Los estudios bibliométricos se aplican para conocer la producción científica de los investigadores, la actividad científica de un país, los autores más productivos, cómo se dispersa la literatura científica y estudiar el envejecimiento de la ciencia, entre otros objetivos.

Los **terciles** permiten establecer un ranking de las revistas que más artículos han publicado sobre el tema a estudio. De esta manera es posible conocer el número, y lo que es más importante el título, de aquellas revistas que debemos leer para conocer un tercio de los artículos publicados sobre ese aspecto concreto que estamos estudiando. Los terciles permiten seleccionar revistas y ahorrar tiempo sin perder información relevante sobre el tema.

A continuación, se muestran los resultados de los análisis bibliométricos en relación con los dos temas seleccionados: **LOW BACK PAIN** e **INTERVERTEBRAL DISK HERNIATION**.

I. LOW BACK PAIN

En la tabla siguiente, se detallan los artículos encontrados en PUBMED, utilizando como filtros los dos últimos años y los trabajos realizados en humanos.

n indica el número de artículos.

El porcentaje se refiere a la relación entre el número de artículos según palabra(s) clave utilizadas y el total de los artículos encontrados (ejemplo low back pain and disability tienen como términos asociados 470 artículos, que representan el 24,6% de los 1910 artículos encontrados con el descriptor low back pain).

Revisión bibliométrica PUB-Med* artículos referidos a patología lumbar-lumbalgias		
Palabras clave	número	Porcentaje (%)
Low back pain and disability	470	24,6
Low back pain and handicap	5	0,3
Low back pain and impairment	42	2,2
Low back pain and occupational medicine	31	1,6
Low back pain and occupational health	125	6,5
low back pain- total	1910	100

* Pub-Med es la base de datos médica de referencia en publicaciones científicas. Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

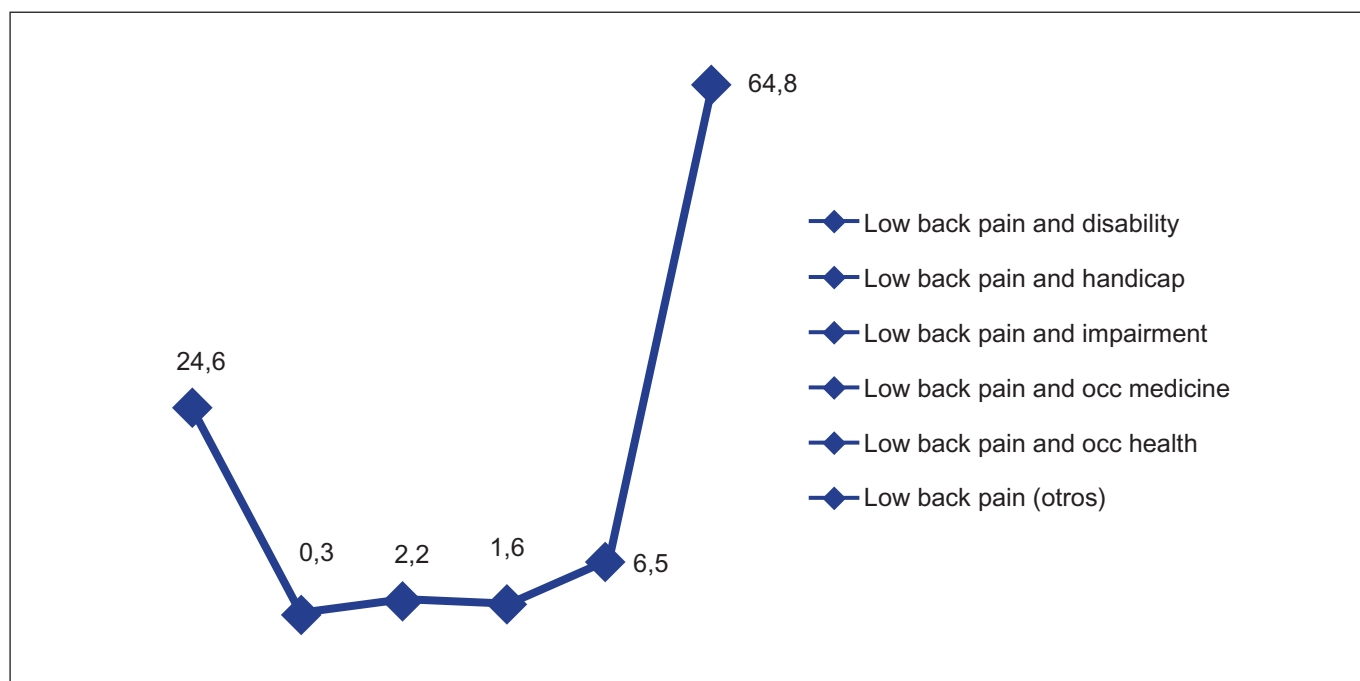


Figura. Porcentaje de artículos sobre Lumbalgias según palabras claves en Pubmed.

Una vez comprobados y descartados los artículos que estaban repetidos, con la búsqueda realizada utilizando **low back pain** y las diferentes palabras clave empleadas, quedan un total de 595 artículos, sobre los que se hace el análisis bibliométrico:

Sumamos el número de artículos para cada palabra clave → $470 + 5 + 42 + 31 + 125 = 673$ artículos – Restamos los repetidos 78 = **total 595 artículos**.

Será entonces este total de 595 artículos, sobre los que realizaremos el análisis bibliométrico.

ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO. El estudio abarca los trabajos publicados desde Agosto de 2009 a Julio de

2011. Por lo tanto hay 5 meses de 2009, 12 meses de 2010 y 7 meses de 2011.

Distribución de las publicaciones en el periodo de tiempo estudiado 2009-2011		
Periodo de tiempo	Número	Porcentaje (%)
Año 2009 (5 meses)	134	22,5
Año 2010 (12 meses)	371	62,4
Año 2011 (7 meses)	90	15,1

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

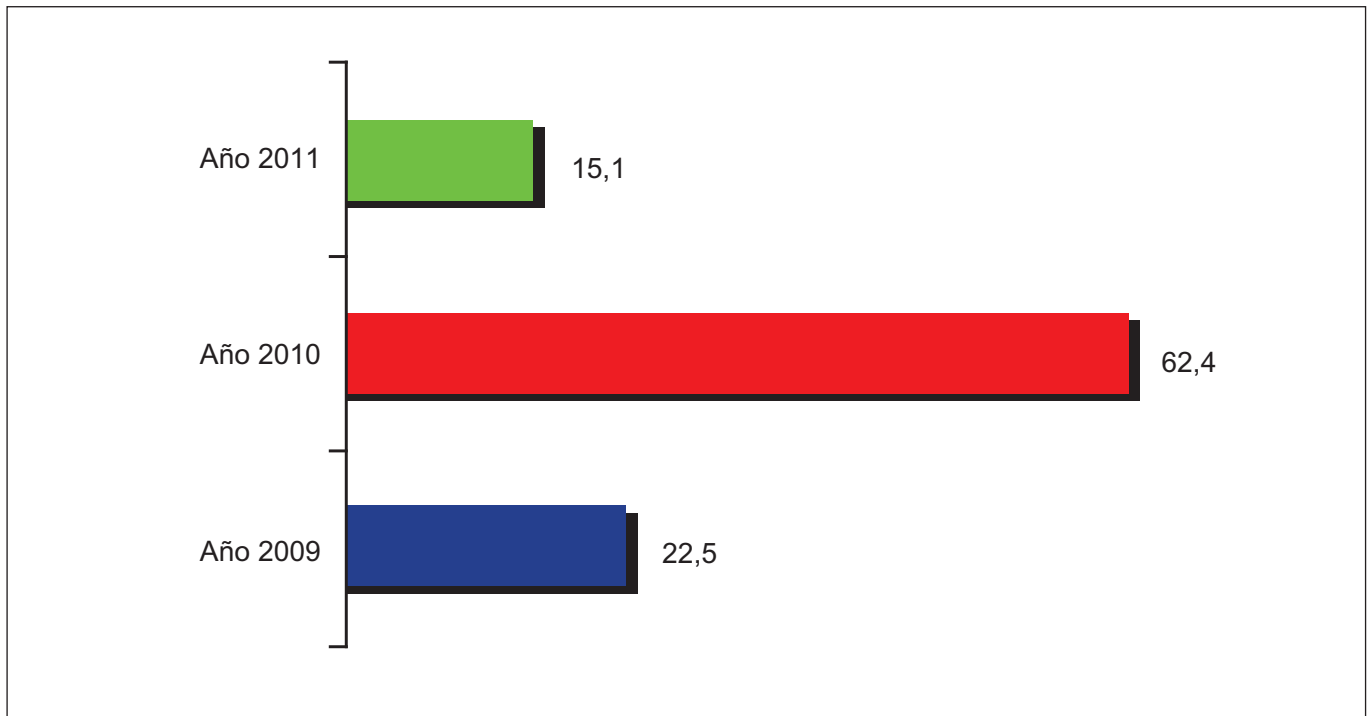


Figura. Porcentaje de artículos por año, con Intervertebral low-back pain, según las palabras clave utilizadas en el ámbito laboral.

Los 595 artículos revisados, corresponden en su conjunto a 199 revistas.

El primer tercil de revistas, que suponen un tercio de los artículos (198) lo integran 8 revistas, el 2º tercil (197 artículos) 36 revistas y el tercero (200 artículos) 155 revistas.

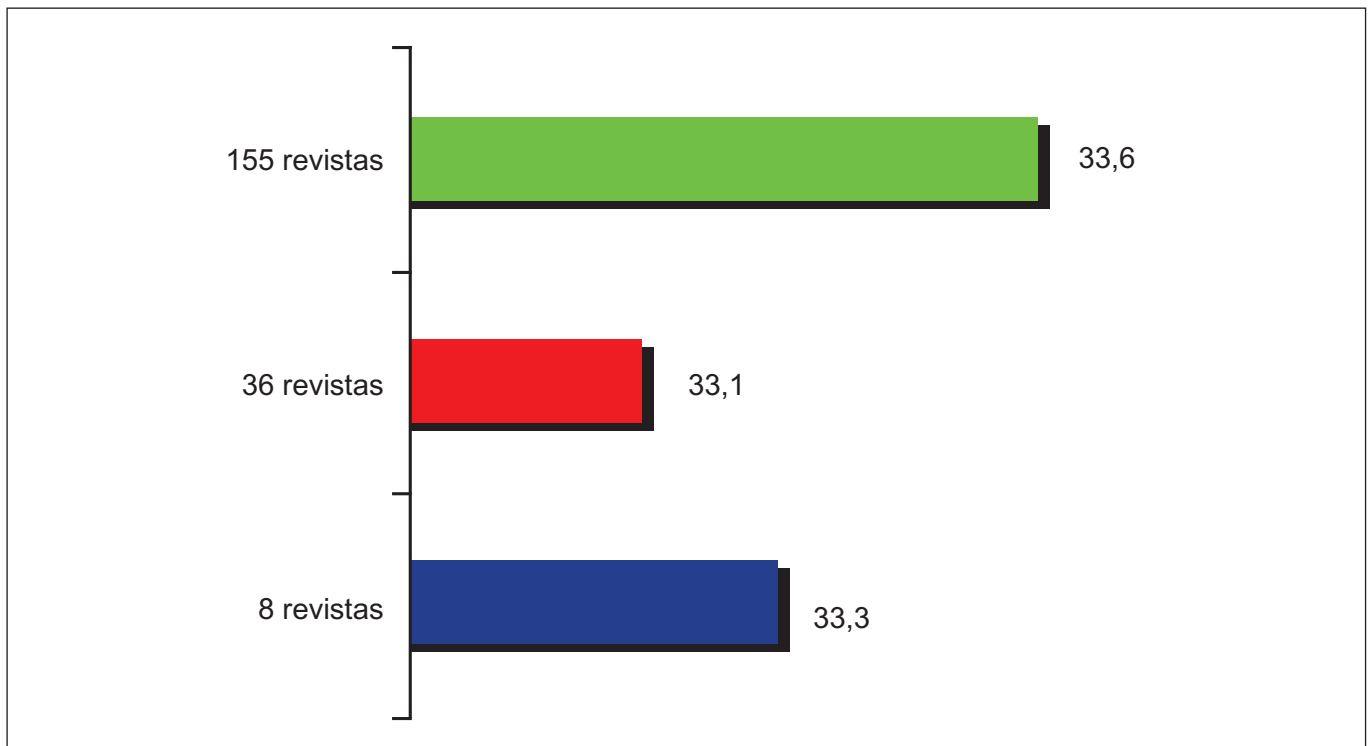


Figura. Reparto del global de los artículos clasificado por terciles.

El reparto de artículos según la revista en la que han sido publicados es el siguiente:

Distribución de las publicaciones según la revista de destino		
Revista	Número de artículos	Porcentaje (%)
Spine (Phila Pa 1976)	50	8,4
Eur Spine J	34	5,7
Phys Ther	24	4
Spine J	24	4
BMC Musculoskelet Disord	22	3,7
Pain Med	16	2,7
Pain	15	2,5
Eur J Pain	13	2,2
J Orthop Sports Physical Therapy	12	2
Man Ther	12	2
Acta Neurochir (Wien).	9	1,5
Am J Ind Med	9	1,5
Pain Physician	9	1,5
Disabil Rehabil	8	1,3
Ergonomics	8	1,3
J Neurosurg Spine	7	1,2
J occup environ med	7	1,2
PM R	7	1,2
Clin J Pain.	6	1
J Med Assoc Thai	6	1
J Occup Rehabil	6	1
J Rehabil Med	6	1
Zhonghua Wai Ke Za Zhi	6	1
5 revistas	5	4,2
6 revistas	4	4
20 revistas	3	10,1
25 revistas	2	8,4
120 revistas	1	20,2

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Los 595 artículos totales, están publicados en revistas de **30 países**, siendo las revistas de USA las que más artículos incluyen, con el 53,6 % del total.

Distribución de las publicaciones según el País de origen de las revistas en las que han sido publicados los artículos		
País origen de la Revista	Número de artículos	Porcentaje (%)
USA	319	53,6
Inglaterra	133	22,4
Holanda	24	4
Alemania	15	2,5
China	14	2,4
Japón	11	1,8
Austria	9	1,5
Francia	7	1,2
Italia	7	1,2
Suecia	6	1
Tailandia	6	1
Finlandia	5	0,8
Noruega	5	0,8
Australia	4	0,7
Polonia	4	0,7
Canadá	3	0,5
Eslovaquia	3	0,5
Irlanda	3	0,5
Portugal	3	0,5
Suiza	3	0,5
Turquía	2	0,3
Brasil	1	0,2
Bulgaria	1	0,2
España	1	0,2
India	1	0,2
Israel	1	0,2
Malasia	1	0,2
Nueva Zelanda	1	0,2
Nigeria	1	0,2
Uganda	1	0,2

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Según el idioma en el que han sido publicados, los 595 artículos están escritos en 11 idiomas diferentes, siendo el idioma inglés el mayoritario con el 93,8%.

Distribución de las publicaciones en función del Idioma en el que han sido publicados los artículos		
Idioma	Número de artículos	Porcentaje (%)
inglés	558	93,8
chino	11	1,8
alemán	10	1,7
francés	4	0,7
portugués	4	0,7
italiano	3	0,5
checo	1	0,2
español	1	0,2
japonés	1	0,2
noruego	1	0,2
polaco	1	0,2

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Si se revisa la especialidad de la revista de destino, los 595 artículos han sido escritos en revistas de **28 especialidades distintas**, siendo las de Ortopedia las más numerosas (30,1 %) seguidos de las de rehabilitación (16,6 %), Salud pública laboral (12,1%) y medicina interna (8,7%).

Distribución de las publicaciones en función de la Especialidad de la revista en la que han sido publicados los artículos		
Especialidad	Número de publicaciones	Porcentaje (%)
ortopedia	179	30,1
rehabilitación	99	16,6
salud pública-laboral	72	12,1
medicina interna-general	52	8,7
anestesia	40	6,7
neurología	32	5,4
reumatología	21	3,5
cirugía	20	3,4
neurocirugía	14	2,4
fisioterapia	9	1,5
medicina integral	9	1,5
medicina deporte	8	1,3
biomedicina	6	1
enfermería	6	1
genética	6	1

Distribución de las publicaciones en función de la Especialidad de la revista en la que han sido publicados los artículos		
Especialidad	Número de publicaciones	Porcentaje (%)
<i>(cont.)</i>		
farmacología	4	0,7
cuidados de salud	3	0,5
medicina tropical	3	0,5
psiquiatría	2	0,3
radiología	2	0,3
acupuntura	1	0,2
estomatología	1	0,2
ginecología	1	0,2
medicina emergencias	1	0,2
medicina informática	1	0,2
oftalmología	1	0,2
oncología	1	0,2
psicología	1	0,2

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Si se revisa la nacionalidad del primer autor del artículo, los 595 artículos han sido escritos por **autores de 45 países**, siendo los USA los más numerosos (23,7 %) seguidos de los ingleses (7,9 %), australianos, canadienses y holandeses (6,9 %).

Distribución de las publicaciones según el país de origen (nacionalidad) del primer autor		
País	Número de publicaciones	Porcentaje (%)
USA	141	23,7
Inglaterra	47	7,9
Australia	41	6,9
Canadá	41	6,9
Holanda	41	6,9
Alemania	27	4,5
China	27	4,5
Italia	21	3,5
Japón	21	3,5
Suiza	17	2,9
Suecia	15	2,5
Corea	14	2,4
Noruega	14	2,4
Turquía	14	2,4
Francia	13	2,2

Distribución de las publicaciones según el país de origen (nacionalidad) del primer autor		
País	Número de publicaciones	Porcentaje (%)
<i>(cont.)</i>		
Dinamarca	10	1,7
Finlandia	10	1,7
Nueva Zelanda	9	1,5
Tailandia	7	1,2
Bélgica	6	1
Brasil	6	1
España	5	0,8
India	5	0,8
Irán	4	0,7
Polonia	4	0,7
Taiwán	4	0,7
Grecia	3	0,5
Irlanda	3	0,5
Portugal	3	0,5
Singapur	3	0,5
Austria	2	0,3
Israel	2	0,3
Kuwait	2	0,3
Serbia	2	0,3
Arabia Saudí	1	0,2
Burkina Faso	1	0,2
Chile	1	0,2
Egipto	1	0,2
Hungría	1	0,2
Lituania	1	0,2
Malasia	1	0,2
México	1	0,2
Nigeria	1	0,2
Sudáfrica	1	0,2
Túnez	1	0,2

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Revisando el ámbito profesional de los autores, la gran mayoría de los autores de los artículos trabajan en universidades (54,6%) y en hospitales (33,6 %).

Distribución de las publicaciones según la entidad o institución a la que pertenecen los autores		
Entidad	Número de publicaciones	Porcentaje (%)
universidad	325	54,6
hospital	200	33,6
administración pública	50	8,4
laboratorio farmacéutico	11	1,8
empresa privada	7	1,2
asociación profesional	2	0,3

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Factor de impacto y posición relativa de los artículos

Los artículos se clasifican según el factor de impacto ISI.

Factor de impacto (también conocido como índice de impacto), más común en idioma inglés Impact Factor, es una medida de la importancia de una Publicación científica. Cada año es calculada por el Instituto para la Información Científica (ISI o Institute for Scientific Information) para aquellas publicaciones a las que da seguimiento, y los resultados son publicados en un informe de Cita, llamado Journal Citation Report.

El factor de impacto se calcula generalmente con base en un periodo de 2 años. Por ejemplo, el factor de impacto en el año 2009 para una determinada publicación puede calcularse como sigue: Factor de impacto 2009 = A/B

A = Número de veces en que los artículos publicados en el periodo de estudio han sido citados por las publicaciones a las que se les da seguimiento a lo largo del año 2009.

B = Número de artículos publicados en el periodo 2007-2008.

En el caso que nos ocupa, de los 595 artículos totales analizados 69 están incluidos en PUBMED pero carecen de factor de impacto ISI en el año en que han sido publicados, por lo tanto solo analizaremos los 526 artículos que sí tienen factor de impacto.

Distribución de las publicaciones según tengan o no Factor impacto ISI		
Factor impacto ISI	Número de publicaciones	Porcentaje %
Si	526	88,4
No	69	11,6

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GMT.

Los 526 artículos con factor de impacto se reparten de la siguiente manera:

Distribución de las publicaciones según su Factor impacto ISI		
Factor impacto	Número de publicaciones	Porcentaje (%)
< 1	41	7,8
1 a 1,99	217	41,3
2 a 2,99	132	25,1
3 a 3,99	86	16,3
4 a 4,99	5	1,0
≥ 5	45	8,6

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GMT.

El valor medio del factor de impacto de los artículos es de 2,73 con una desviación típica de 2,99 y un intervalo de confianza del 95% de 2,47-2,99. La mediana es 2,08 y el rango 0,206 a 33,633. Todos los datos se presentan en el diagrama de cajas (ver figura a pie de página).

El reparto del valor del factor de impacto por percentiles se presenta en la siguiente tabla.

Distribución del factor de impacto de las publicaciones por percentiles	
Percentil	Factor impacto
Percentil 10	1,15
Percentil 25	1,59
Percentil 50	2,08
Percentil 75	3,02
Percentil 90	3,82
Percentil 95	6,07
Percentil 99	13,47

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GMT.

También pueden clasificarse según su posición relativa, y se hace por cuartiles (Q1, Q2, Q3 y Q4). Para ello se determina la posición que ocupa la revista dentro de su grupo (ej. una revista según su factor de impacto ocupa la posición número 11 de 77 revistas de ese grupo, entonces estará en el primer cuartil, es decir será una Q1).

Vemos que la gran mayoría de artículos analizados en este caso corresponden a los cuartiles primero (45,1% son Q1) y segundo (38,4 % son Q2) lo que nos indica que la temática de estos artículos interesa a las revistas más importantes (ver figura en página siguiente).

Distribución del factor de impacto de las publicaciones por cuartiles		
Posición relativa	Número de publicaciones	Porcentaje (%)
Q1	237	45,1
Q2	202	38,4
Q3	59	11,2
Q4	28	5,3

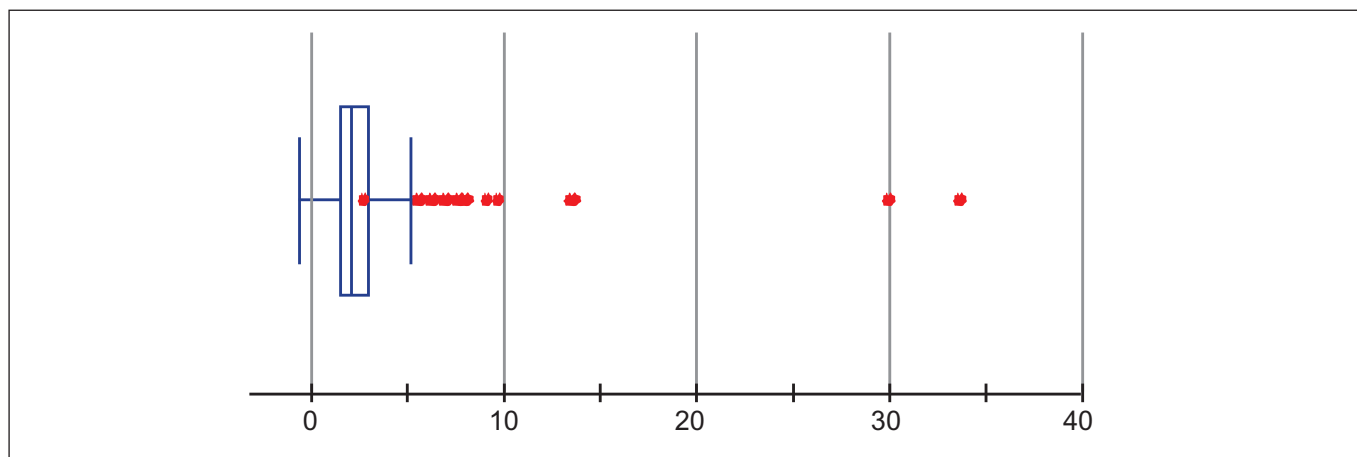


Figura. Diagrama de cajas de los valores del factor de impacto de los artículos analizados.

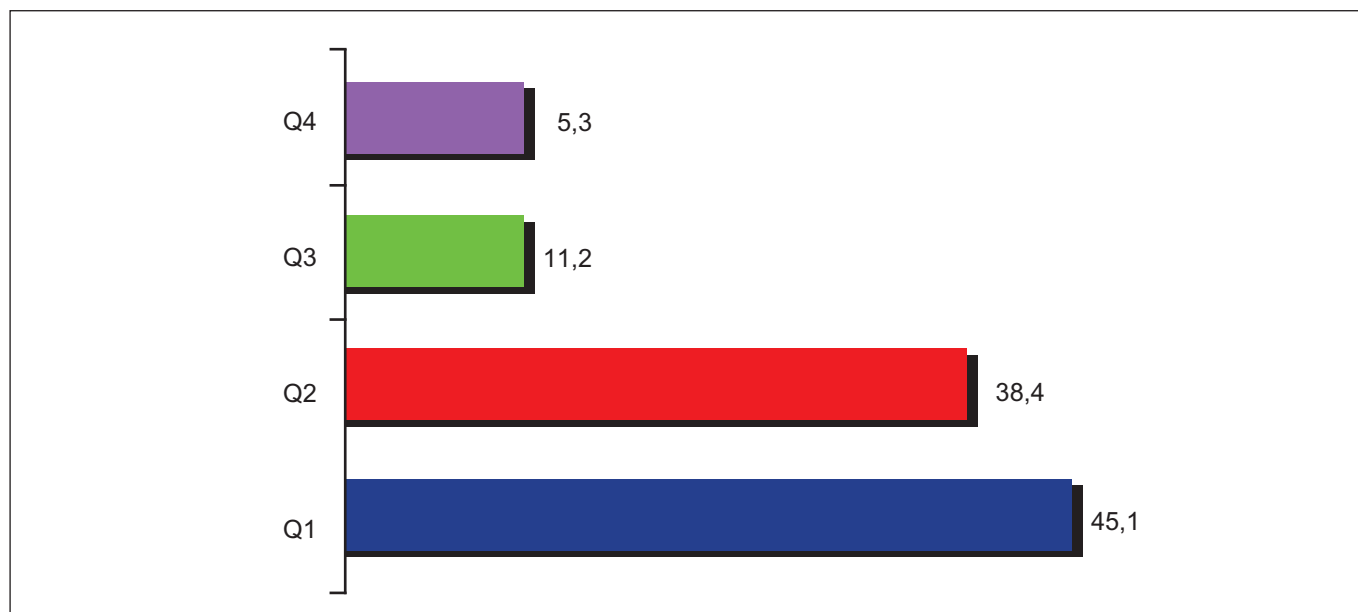


Figura. Porcentaje de artículos según la posición relativa que ocupan las revistas (Cuartiles).

II. INTERVERTEBRAL DISK HERNIATION

Se muestran a continuación los artículos encontrados en PUBMED para este descriptor. Al igual que en el caso anterior, se utilizan como filtros los dos últimos

años y los correspondientes a estudios realizados en humanos.

La **n** indica el número de artículos.

El **porcentaje**, se refiere a la relación entre el número de artículos según palabra clave y el total.

Revisión bibliométrica PUB-Med* artículos referidos a hernia discal		
Palabras clave	Número	Porcentaje (%)
Intervertebral disk herniation and disability	128	19,1
Intervertebral disk herniation and handicap	0	0
Intervertebral disk herniation and impairment	6	0,9
Intervertebral disk herniation and occupational medicine	1	0,1
Intervertebral disk herniation and occupational health	5	0,7
Intervertebral disk herniation total	669	79,2

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GMT.

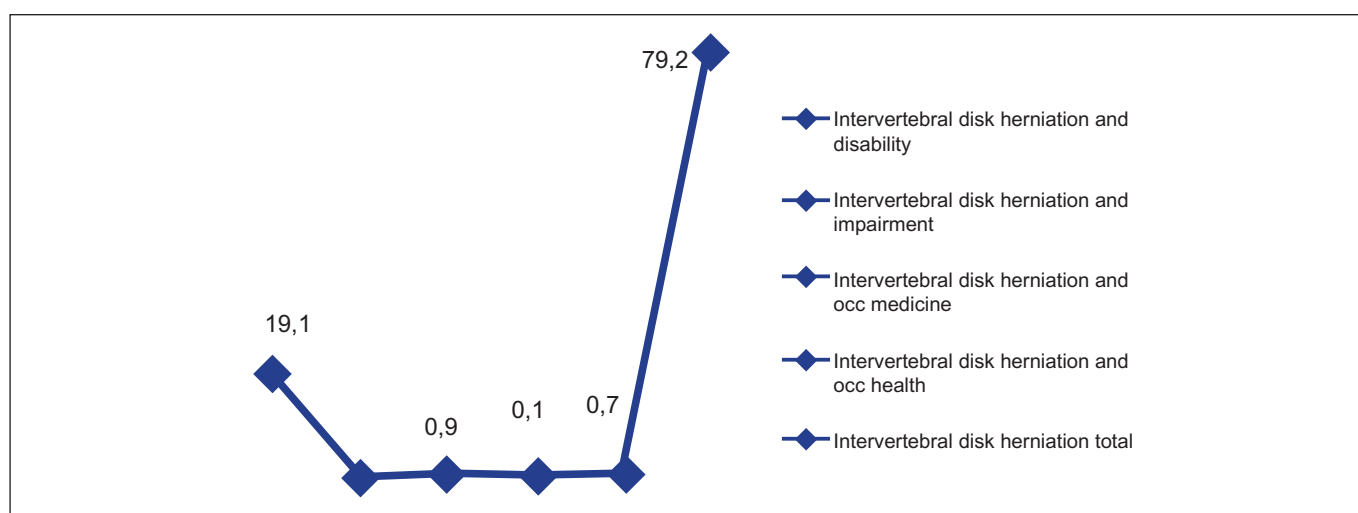


Figura. Porcentaje de artículos sobre hernia discal según palabras claves en Pubmed.

Una vez comprobados los artículos que estaban repetidos con Intervertebral disk herniation y las diferentes palabras clave del ámbito laboral utilizadas, quedan un total de **135 artículos**.

Sumamos el número de artículos para cada palabra clave → 128 + 0 + 6 + 1 + 5 = 140 artículos – Restamos los repetidos, 15 repetidos = **total 135 artículos**.

Sobre estos 135 artículos se realiza seguidamente el análisis bibliométrico.

ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO: El estudio abarca desde Agosto de 2009 a Julio de 2011. Por lo tanto hay 5 meses de 2009, 12 meses de 2010 y 7 meses de 2011. (Ver figura).

Distribución de las publicaciones en el periodo de tiempo estudiado 2009-2011		
Periodo de tiempo	Número	Porcentaje (%)
Año 2009 (5 meses)	31	23
Año 2010 (12 meses)	85	63
Año 2011 (7 meses)	19	14,1

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT

Los 135 artículos analizados corresponden a **61 revistas**.

Revisadas las publicaciones **por terciles**, el primer tercil de revistas, que suponen un tercio de los artículos (47) lo integran 4 revistas, el 2º tercil (45 artículos) 14 revistas y el tercero (43 artículos) 43 revistas (ver figura a pie de página).

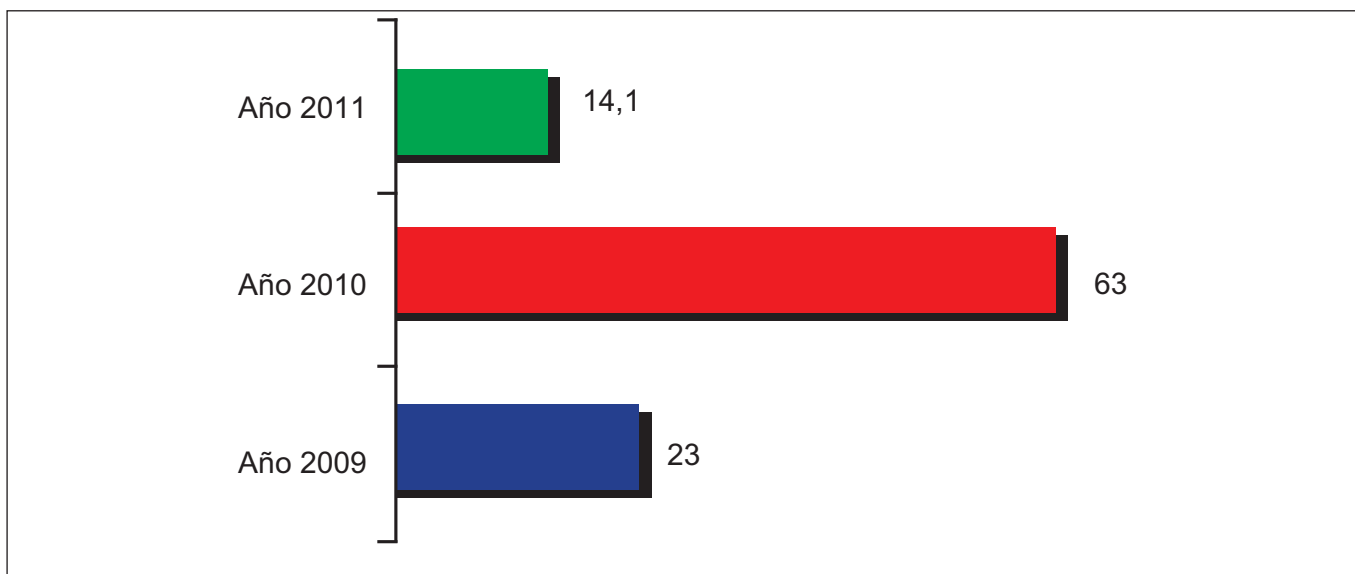


Figura. Porcentaje de artículos por año, con Intervertebral disk herniation, según las palabras clave utilizadas en el ámbito laboral.

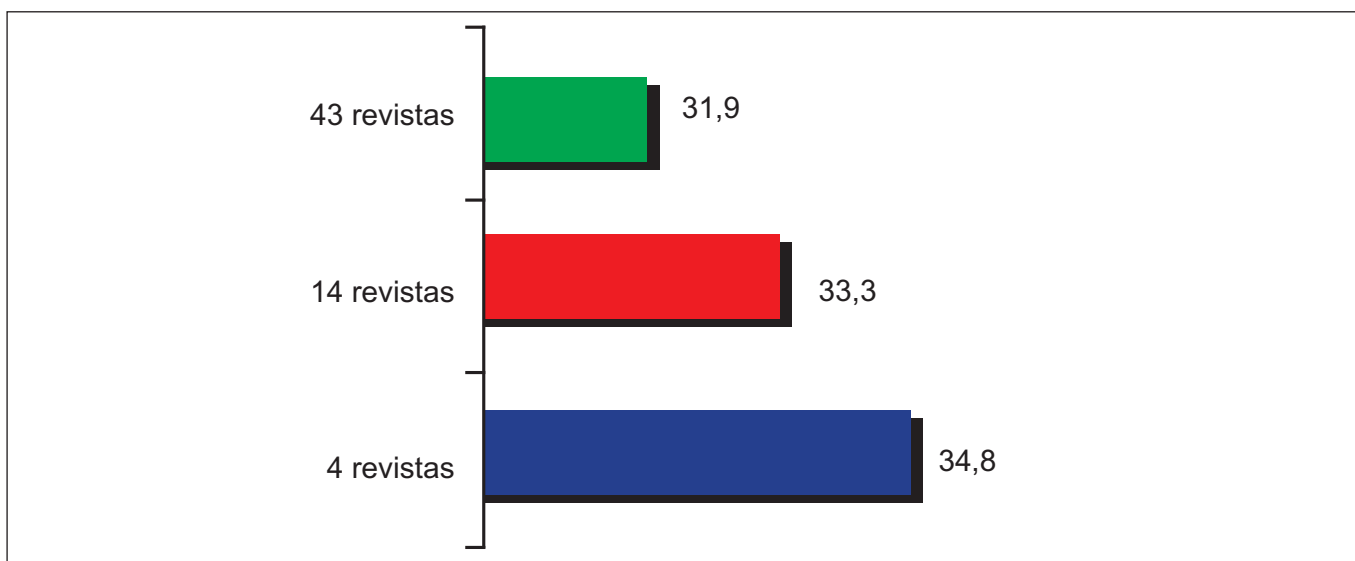


Figura. Reparto de artículos por terciles.

Si analizamos el reparto de artículos según la revista en la que se han publicado, encontramos los resultados que se muestran en la tabla.

Distribución de las publicaciones según la revista de destino		
Revista	Número de artículos	Porcentaje (%)
Eur Spine J	19	14,1
Spine (Phila Pa 1976)	12	8,9
Journal of neurosurgery Spine	8	5,9
Spine J	8	5,9
Acta neurochirurgica	5	3,7
Journal of Spinal disorders & techniques	5	3,7
Pain Physician.	5	3,7
BMC Musculoskelet Disord	4	3
Minim Invasive Neurosurg.	4	3
Zhonghua Wai Ke Za Zhi.	4	3
Oper Orthop Traumatol.	3	2,2
Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi.	3	2,2
Acta Chir Orthop Traumatol Cech.	2	1,5
J Orthop Traumatol	2	1,5
Neurosurgery.	2	1,5
Pain	2	1,5
Pain Med	2	1,5
Zhongguo Gu Shang.	2	1,5
43 revistas	1	31,9

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Revisando el país de origen de la revista en la que se ha publicado, los 135 artículos están publicados en revistas de 17 países, siendo las revistas de USA las que más artículos incluyen con el 63,7 % del total.

Distribución de las publicaciones según el país de origen de las revistas en las que han sido publicados los artículos		
País de la revista	Número de artículos	Porcentaje (%)
USA	86	63,7
China	10	7,4
Inglaterra	9	6,7
Alemania	8	5,9
Austria	5	3,7
Eslovaquia	3	2,2
Holanda	2	1,5
Italia	2	1,5
Japón	2	1,5
Bélgica	1	0,7

Distribución de las publicaciones según el país de origen de las revistas en las que han sido publicados los artículos		
País de la revista	Número de artículos	Porcentaje (%)
España	1	0,7
India	1	0,7
Irlanda	1	0,7
Suecia	1	0,7
Rusia	1	0,7
Suiza	1	0,7
Turquía	1	0,7

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

En función del idioma en el que han sido publicados los artículos, los 135 artículos están escritos en 7 idiomas diferentes, siendo el idioma inglés el mayoritario con el 85,9%.

Distribución de las publicaciones en función del Idioma en el que han sido publicados los artículos		
Idioma	Número de artículos	Porcentaje (%)
inglés	116	85,9
chino	10	7,4
alemán	4	3
checo	2	1,5
español	1	0,7
francés	1	0,7
ruso	1	0,7

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Por la especialidad de la revista en la que se publican los artículos, los 135 artículos analizados, están publicados en revistas de 16 especialidades diferentes, siendo la ortopedia (47,4%), la cirugía (10,4%) y la neurocirugía (9,6 %) las más frecuentes.

Distribución de las publicaciones en función de la especialidad de la revista en la que han sido publicados los artículos		
Especialidad	Número de publicaciones	Porcentaje (%)
Ortopedia	64	47,4
Cirugía	14	10,4
Neurocirugía	13	9,6
Rehabilitación	8	5,9
Neurología	8	5,9
medicina interna-general	6	4,4
reumatología	4	3
genética	4	3

Distribución de las publicaciones en función de la especialidad de la revista en la que han sido publicados los artículos		
Especialidad	Número de publicaciones	Porcentaje (%)
radiología	4	3
anestesia	3	2,2
salud pública-laboral	2	1,5
fisioterapia	1	0,7
farmacología	1	0,7
acupuntura	1	0,7
medicina informática	1	0,7
geriatria	1	0,7

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Según la nacionalidad del primer autor del artículo, los 135 artículos han sido escritos por autores de 27 países, siendo los USA los más numerosos (28,1 %) seguidos de los chinos (13,3 %) y coreanos (7,4%).

Distribución de las publicaciones según el país de origen (nacionalidad) del primer autor		
País	Número de publicaciones	Porcentaje %
USA	38	28,1
China	18	13,3
Corea	10	7,4
Alemania	7	5,2
Japón	7	5,2
Turquía	7	5,2
Italia	6	4,4
Suecia	6	4,4
Holanda	5	3,7
Inglaterra	5	3,7
Eslovaquia	3	2,2
Canadá	2	1,5
España	2	1,5
Francia	2	1,5
Rusia	2	1,5
Singapur	2	1,5
Suiza	2	1,5
Taiwán	2	1,5
Austria	1	0,7
Bélgica	1	0,7
Egipto	1	0,7
Hungría	1	0,7
India	1	0,7
Israel	1	0,7
Kuwait	1	0,7

Distribución de las publicaciones según el país de origen (nacionalidad) del primer autor		
País	Número de publicaciones	Porcentaje %
Lituania	1	0,7
Noruega	1	0,7

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Revisando el ámbito de actividad profesional de los autores, la gran mayoría de ellos trabajan en hospitales (74,1 %) y en universidades (22,2%).

Distribución de las publicaciones según la entidad o institución a la que pertenecen los autores		
Entidad	Número de publicaciones	Porcentaje %
Hospital	100	74,1
Universidad	30	22,2
Administración pública	2	1,5
Empresa privada	2	1,5
Asociación profesional	1	0,7

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Factor de impacto y posición relativa de los artículos. De los 135 artículos analizados 16 están incluidos en PUBMED pero carecen de factor de impacto ISI en el año en que han sido publicados, por lo tanto solo analizaremos los 119 artículos que sí tienen factor de impacto.

Distribución de las publicaciones según tengan o no Factor impacto ISI		
Factor impacto ISI	Número de publicaciones	Porcentaje %
Si	119	88,1
No	16	11,9

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Los 119 artículos con factor de impacto, según la importancia del mismo, se reparten de la siguiente manera:

Distribución de las publicaciones según su Factor impacto ISI		
Factor impacto	Número de publicaciones	Porcentaje (%)
< 1	16	13,4
1 a 1,99	54	45,4
2 a 2,99	25	21
3 a 3,99	13	10,9
4 a 4,99	1	0,8
≥ 5	10	8,4

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

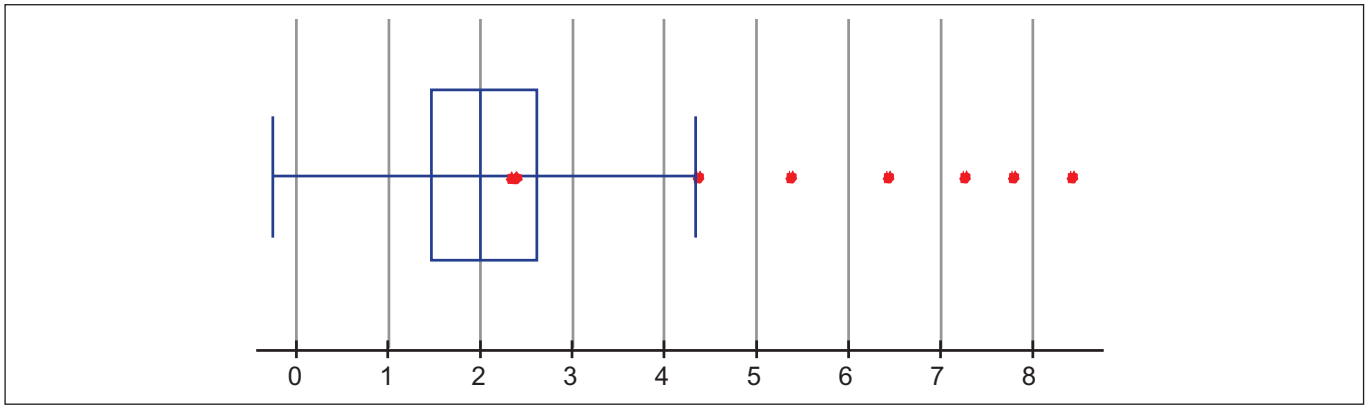


Figura. Diagrama de cajas de los valores del factor de impacto de los artículos.

El valor medio del factor de impacto de los artículos es de 2,37 con una desviación típica de 1,7 y un intervalo de confianza del 95% de 2,06-2,68. La mediana es 1,99 y el rango 0,135 a 8,435. Todos los datos se presentan en el diagrama de cajas (Ver figura arriba).

El reparto del valor del factor de impacto por percentiles se presenta en la siguiente tabla.

Distribución del factor de impacto de las publicaciones por percentiles	
Percentil	Factor Impacto
Percentil 10	0,76
Percentil 25	1,47
Percentil 50	1,99
Percentil 75	2,62
Percentil 90	3,97
Περχεντιλ 95	7,79
Percentil 99	7,79
4 a 4,99	0,8

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

También se pueden clasificar según su posición relativa, y se hace por cuartiles (Q1, Q2, Q3 y Q4), para ello se determina la posición que ocupa la revista dentro de su grupo.

Vemos que la gran mayoría de artículos corresponden a los cuartiles segundo (42% son Q2) y primero (37% son Q1) lo que nos indica que la temática de estos artículos interesa a las revistas más importantes.

Distribución del factor de impacto de las publicaciones por cuartiles		
Posición relativa	Número de publicaciones	Porcentaje (%)
Q1	44	37
Q2	50	42
Q3	14	11,8
Q4	11	9,2

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

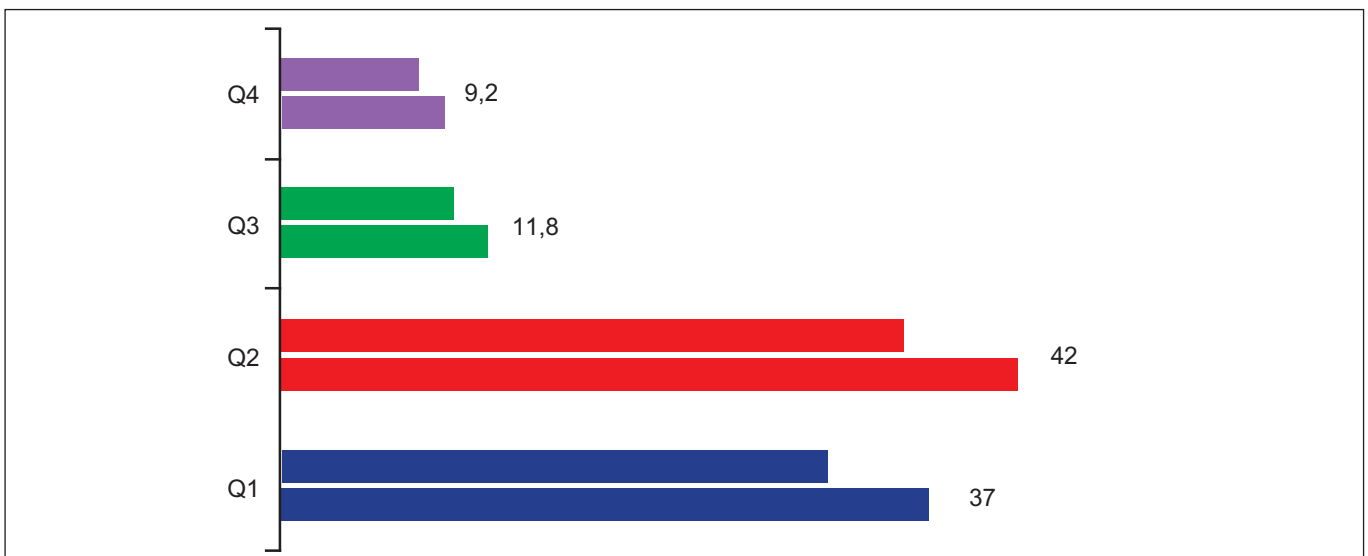


Figura. Porcentaje de artículos según la posición relativa que ocupan las revistas (cuartiles).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO

El análisis de los artículos publicados en los dos últimos años sobre un tema concreto aporta gran cantidad de información sobre si los temas elegidos preocupan e interesan a la comunidad científica internacional, y orienta sobre cuáles son los aspectos más interesantes que los investigadores están desarrollando en estos momentos en esa materia. También ofrece información sobre quién está publicando en estos momentos, es decir quiénes son los referentes, y en qué lugares lo hace, de manera que si estamos interesados en ese tema debemos acudir a las fuentes citadas.

Del estudio que ha realizado nuestro grupo en referencia a los dos temas mostrados (Dolor de espalda y Hernia discal), se pueden extraer una serie de consecuencias que son comunes a ambas búsquedas:

Las palabras claves elegidas abarcan un número elevado de artículos (35,2% en LBP y 20,8% en IDH), lo que indica que dentro de estas materias son temas que los investigadores están estudiando activamente en estos momentos, y que, por lo tanto, son considerados de actualidad.

En ambos temas, el número de revistas que necesitamos leer para estar bien informados sobre los aspectos analizados (conocer al menos un tercio de lo que se publica) es muy bajo, concretamente 8 revistas en LBP y 4 en IDH.

Tanto en LBP como en IDH, las revistas que más publican son Spine y European Spine Journal y ambas suponen el 14,1% de los artículos en LBP y 23% en IDH.

Las revistas publicadas en USA siguen siendo las que más artículos aportan al estudio: 53,6% en LBP y 63,7% en IDH.

El inglés continúa siendo el idioma dominante (93,8% en LBP y 85,9% en IDH) aunque destacamos la presencia de artículos en chino (1,8% en LBP y 7,4% en IDH), lo que indica la potencialidad de esta nación en investigación.

El mayor número de primeros autores son también de USA (23,7% en LBP y 28,1% en IDH). Igualmente hay que destacar la importante aportación de los autores chinos (4,5% en LBP y 13,3% en IDH).

Debido a la temática estudiada, era de esperar que la mayoría de revistas estuvieran incluidas dentro del grupo de ortopedia (30,1% en LBP y 47,4% en IDH).

La inmensa mayoría de autores pertenecen al ámbito hospitalario y/o universitario (88,2% en LBP y 96,3% en IDH).

Es importante destacar que los artículos valorados, en la gran mayoría de revistas, están incluidos en los dos primeros cuartiles (Q1 y Q2), concretamente el 84,5% en LBP y el 79% en IDH. Este hecho pone de manifiesto el interés que las materias estudiadas despiertan en las mejores revistas.

De acuerdo a los datos obtenidos en nuestro estudio sobre LBP e IDH, los aspectos relacionados con la discapacidad preocupan en gran medida a la comunidad científica internacional, como se pone de manifiesto en el gran número de artículos encontrados.

Sería interesante realizar un nuevo estudio pasados unos años para ver si determinados aspectos han variado, valorando especialmente si los investigadores de otros países, concretamente China, han sustituido a los USA como máximos productores de artículos.

5ª PARTE. COSTES INDIRECTOS DE LAS LUMBALGIAS Y HERNIAS DISCALES

5.1. El coste económico de las lumbalgias y patologías de columna lumbar en función de los días de incapacidad temporal generados en 2010 (nacionales/por comunidades/por provincias)

Ya se ha visto con anterioridad que entre un 65 y un 90% de los individuos sufrirán un episodio de lumbalgia en algún momento de la vida. Lo mismo le ocurrirá, cada año, a un 5-25% de la población general, incidencia que aumenta hasta un 50% en edad laboral (entre 18-65 años)¹⁵. Ambos sexos sufren por igual la lumbalgia. Respecto a la edad, el pico de afección se sitúa entre los 25 y los 45 años, es decir, en el rango de población activa¹⁶.

En los países desarrollados constituye la primera causa de incapacidad laboral en menores de 45 años, y la tercera en mayores de esa edad, sólo superada por la cardiopatía isquémica y otros procesos reumáticos¹⁷.

En el mundo laboral, se consideran Factores de riesgo de la lumbalgia: los traumatismos directos laborales, la manipulación manual de cargas, las profesiones que requieren inclinaciones y giros, las vibraciones de cuerpo entero, las posturas forzadas, la conducción prolongada de vehículos, los movimientos repetitivos, el tabaquismo (probablemente debido a la tos y no a un efecto tóxico del tabaco), la obesidad, la sedestación, el escaso desarrollo muscular, la depresión y otros trastornos del ánimo.

Se consideran factores de riesgo de incapacidad laboral y de prolongación de las bajas causadas por las lumbalgias: tratar episodios agudos con reposo en cama, las terapias quirúrgicas mal indicadas, el bajo nivel cultural y económico, la falta de satisfacción en el trabajo, los trastornos psicológicos (de personalidad, depresión, ansiedad, alcoholismo, el abuso de fármacos) y la obesidad. La propia duración de la baja es un factor de riesgo para la incapacidad.

Hacer referencia al coste económico de estas patologías es complejo. Se dice que el 90-95% de las lumbalgias remiten en 1-2 meses; el 5-10% restante, aquellas que se cronifican, son las responsables del 85-90% del gasto total originado por esta patología. El aspecto más alarmante es que estos datos, lejos de disminuir, van en aumento¹⁸ y esto no solo en España, sino también en

países de nuestro entorno. Tomando como ejemplo cifras recientes de Alemania, hablan de un gasto en costes directos por lumbalgia de unos 7000 euros/persona y que por absentismo suponen el 75% del coste total en cuanto a cifras de IT¹⁹.

Según la revisión efectuada por este nuestro grupo, el Coste económico aproximado de los procesos lumbares en España en el año 2010 fue de 130.641.894,86 euros tomando como base de coste día el mínimo establecido por el SMI (sueldo mínimo interprofesional) y de 108.610.386,30 euros tomando como base la cifra de mínimos establecida por el IPREM para el coste de una jornada laboral en España.

Hacer un cálculo preciso del coste económico que pueden suponer los procesos lumbares en jornadas perdidas por incapacidad temporal es tarea difícil y sujeta a error, puesto que, independientemente de que unificar todos los casos en un único coste de jornada laboral ya implica de por sí un sesgo, hay que tener en cuenta las oscilaciones que esta cifra puede sufrir en función de la cotización del trabajador y del régimen de Seguridad Social en el que esté incluido, así como que los 15 primeros días los paga la empresa y no la Seguridad Social.

Sin embargo, interesa realizar una aproximación cuantitativa que nos permita situarnos en la repercusión que este problema de salud tiene en las arcas del estado y ligado a los procesos de incapacidad temporal (IT) como coste indirecto, sin entrar en los costes directos que implicaría el gasto sanitario en consultas, fármacos, pruebas complementarias, etc.

El cálculo que se va a realizar en este estudio se simplificará al máximo, realizándose en función de los días de IT generados a las empresas y partiendo de un valor aproximado de coste económico por jornada laboral que se ha calculado en función de los mínimos establecidos para 2010 en el SMI y en el IPREM (21,11 y 17,55 euros respectivamente), tratando de unificar el coste de una jornada laboral en un trabajador medio y admitiendo el sesgo que implica unificar todas las empresas, actividades y puestos de trabajo dadas las diferencias existentes entre ellas.

Si se revisan los procesos causantes de incapacidad temporal en España y se realiza un corte en los 12 diagnósticos más frecuentes asociados a la columna lumbar y comprendidos a su vez entre los 30 más frecuentes en el cómputo general de la IT en España (que engloban aproximadamente el 60% de todos los procesos causantes de IT en España), durante el año 2010 nos encontramos con las cifras porcentuales que se muestran a continuación y donde se puede apreciar que el diagnóstico lumbalgia ocupa la primera posición: (he acertado el espaciado de los diferentes diagnósticos).

¹⁵ Patel AT, Ogle AA. Diagnosis and management of acute low back pain. *Am Fam Physician* 2000; 61: 1779-1786.

¹⁶ Moyá Ferrer F. Lumbalgia. En: Alonso A, Álvaro-Gracia JM, Andreu JL, Blanch i Rubió J, Collantes E, Cruz J, Gratacos J *et al*, editores. *Manual SER de las enfermedades reumáticas*. Madrid: Médica Panamericana, 2000.

¹⁷ González Viejo MA, Condón Huerta MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 491-492.

¹⁸ Borenstein DG. Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation and treatment of low back pain. *Curr Opin Rheumatol* 1999; 11: 151-157

¹⁹ Juniper M, Le TK, Mladi D. The epidemiology, economic burden, and pharmacological treatment of chronic low back pain in France, Germany, Italy, Spain and the UK: a literature-based review. *Expert Opin Pharmacother*. 2009 Nov;10 (16):2581-92.

1. Lumbalgia-Código 724.2
2. Ciática- Código 724.3
3. Dolor de espalda no especificado (código 724.5)
4. Otras alteraciones de la espalda no especificadas (código 724)
5. Alteraciones de la espalda no especificadas (código 724.9)
6. Desplazamiento disco intervertebral lumbar sin mielopatía (código 722.10)
7. Desplazamiento disco intervertebral lumbar no especificado (código 722.2)
8. Trastorno del disco intervertebral (código 722)
9. Espondilosis lumbosacra sin mielopatía (código 721.3)
10. Degeneración disco intervertebral sitio no especificado (código 722.6)
11. Degeneración disco intervertebral dorsal/lumbar (código 722.5)
12. Degeneración disco intervertebral lumbar o lumbosacro (código 722.52)

La patología que se refleja con mayor frecuencia en los partes de IT y en relación a columna lumbar, es la de **Lumbalgia** (Código 724.2) que supone el 67,48% de todos los diagnósticos aquí valorados, seguida de **Ciática** (Código 724.3) que supone el 24,81% del total, lo que en cómputo general hace que **ambos diagnósticos engloben el 92,61% del total de procesos valorados en columna lumbar.**

La lumbalgia es también el diagnóstico más frecuente como proceso de IT asociado a la columna lumbar **en todos los meses del año**, si bien la proporción varía en función de los distintos meses, siendo más frecuente desde abril a octubre, fechas en las que siempre supera

el 70% sobre el total de las patologías de columna lumbar causantes de IT y englobadas entre los 30 diagnósticos más frecuentes causantes de incapacidad temporal en España (ver figura a pie de página).

Si se revisa la posición que ocupa la **lumbalgia como primero, segundo, tercer diagnóstico** u otro orden **por meses en España** durante 2010, los resultados son los que se muestran seguidamente:

Orden que ocupa la lumbalgia como diagnóstico por meses del año en los procesos de IT del 2010 (distribución porcentual)				
	1º	2º	3º	Otros
Enero	43,1	33,3	5,9	17,6
Febrero	51	25,5	11,8	11,8
Marzo	64,7	19,6	11,8	3,9
Abril	72,5	21,6	2	3,9
Mayo	78,4	13,7	2	5,9
Junio	84,3	13,7	0	2
Julio	80,4	15,7	0	3,9
Agosto	84,3	15,7	0	0
Septiembre	78,4	17,6	2	2
Octubre	70,6	19,6	7,8	2
Noviembre	68,6	19,6	7,8	3,9
Diciembre	62,7	31,4	3,9	2

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Si analizamos en su conjunto los procesos patológicos más frecuentes en los partes de incapacidad

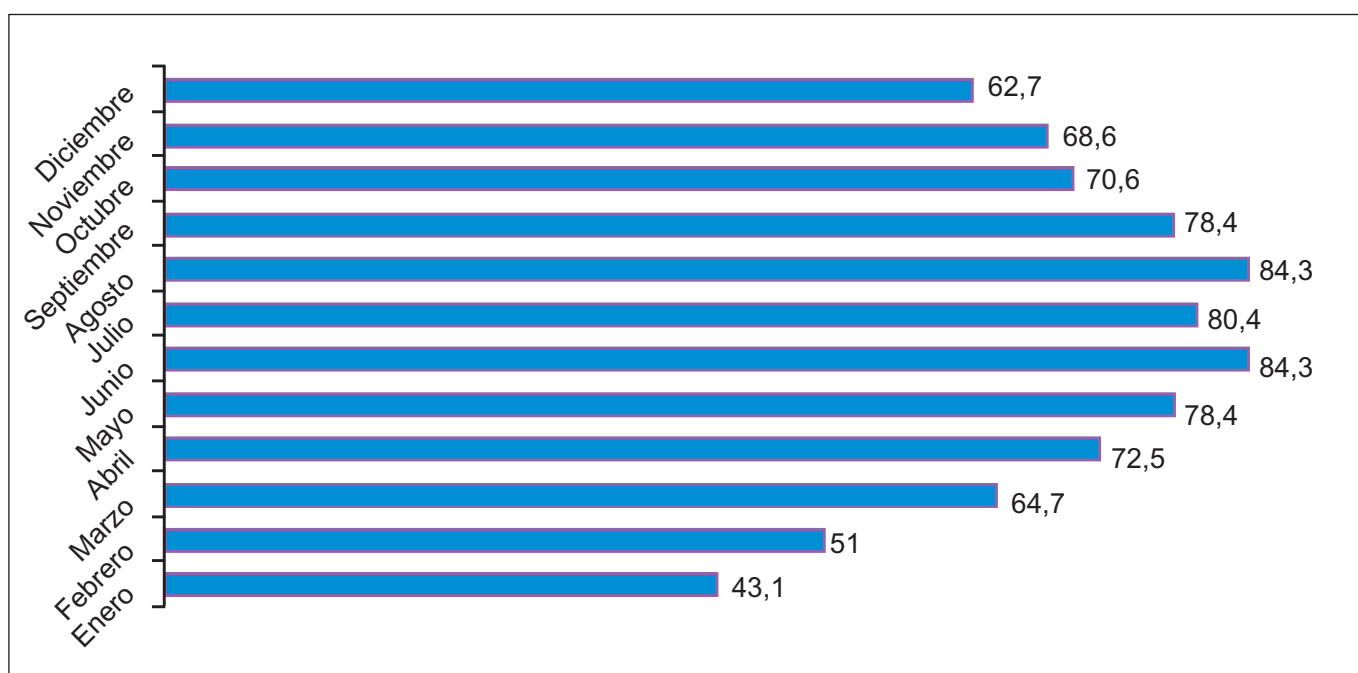


Figura. Distribución porcentual por meses de los diagnósticos de lumbalgia en los procesos de IT en España durante 2010.

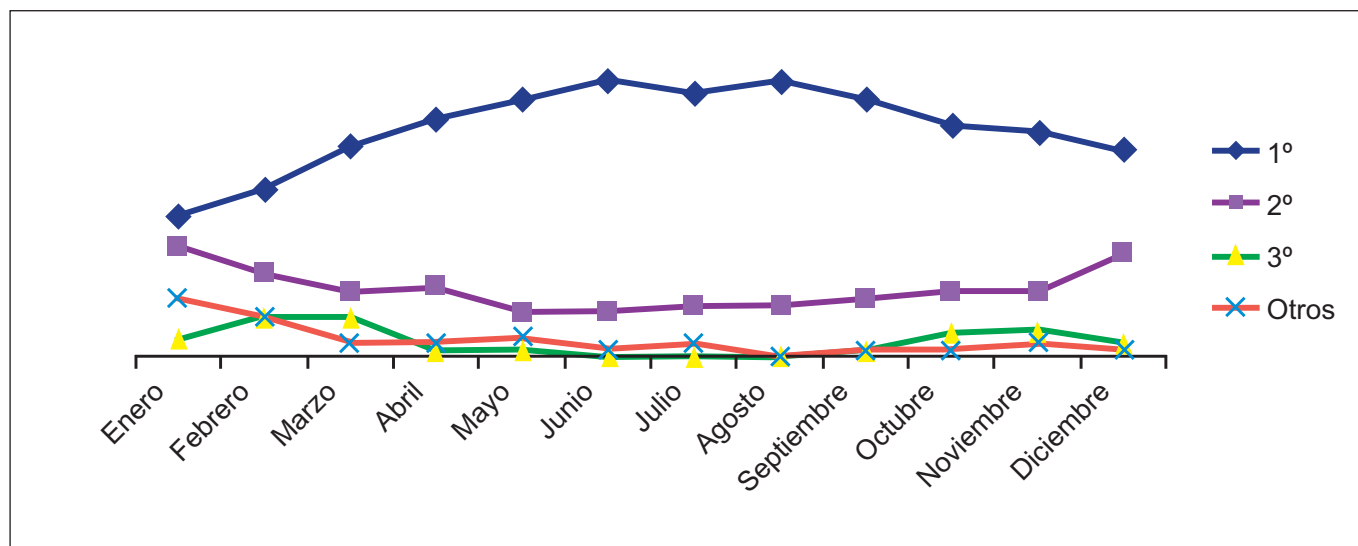


Figura. Distribución porcentual por meses de los diagnósticos de lumbalgia en los procesos de IT en España durante 2010.

temporal en España en 2010, vemos que la lumbalgia es el proceso más frecuente de todos, por encima de las patologías respiratorias o gastrointestinales, siendo las enfermedades que afectan a la espalda o columna las que agrupan en su conjunto la mayoría de patologías causantes de IT (ver figura en página siguiente).

Para clarificar algo más la situación, se agrupan los procesos por patologías similares o asociadas: enfermedades de columna y espalda, patologías digestivas, respiratorias altas y otras patologías, siendo notablemente más elevada la proporción de patologías de columna sobre el resto de los diagnósticos que se encuentran entre los más prevalentes como causantes de IT en España en 2010.

Relación de las 16 primeras causas de IT en España			
Código del proceso	Nombre del Proceso	Porcentaje de procesos	Número de procesos
724.4	Lumbalgia	69,1	428
558.9	Otras gastroenteritis	9,9	61
009.1	Colitis	6	37
724	Otras alteraciones de la espalda no especificadas	4	25
799	Otras causas desconocidas de mortalidad/mortandad	3,9	24
034.0	Angina estreptocócica	1,6	10
780	Síntomas generales	1,6	10
462	Faringitis aguda	0,8	5
460	Resfriado común	0,6	4
487	Gripe	0,6	4
724.3	Ciática	0,3	2
1001	Intervención quirúrgica	0,3	2
463	Amigdalitis	0,3	2
519.8	Otras infecciones respiratorias	0,3	2
1002	Sin diagnostico	0,3	2
465.9	Localización no especificada	0,2	1

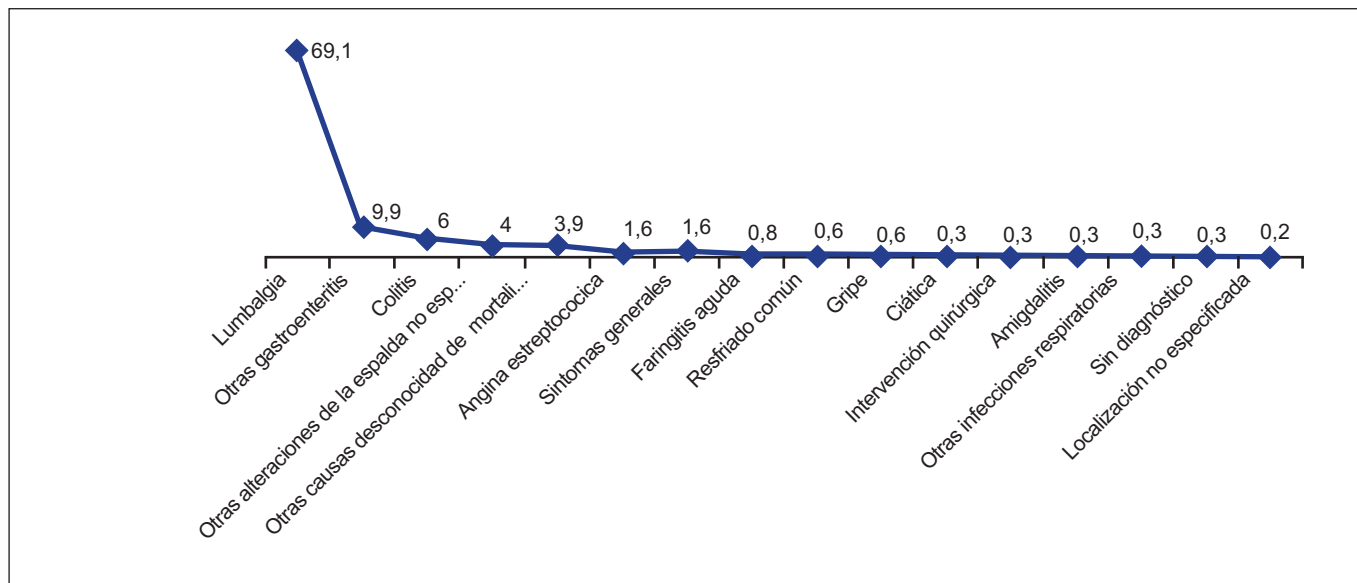
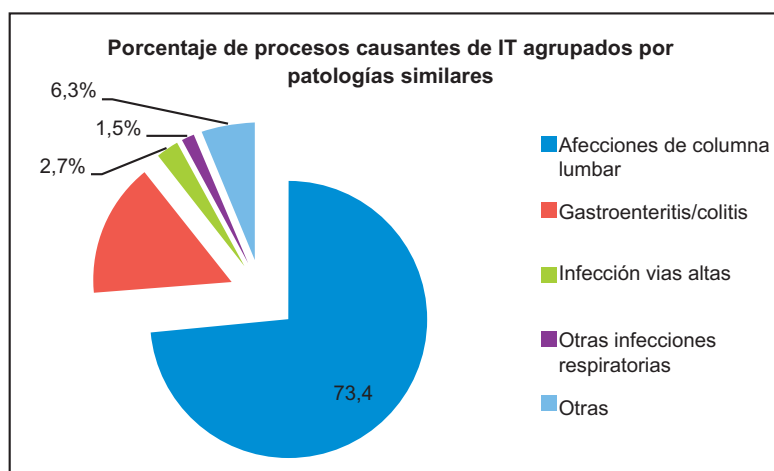


Figura. Porcentaje de primeros diagnósticos en los procesos de IT en España-2010.



Agrupación de los procesos causantes de IT por patologías similares		
Tipo de patología	Porcentaje sobre el total de procesos	Número total de procesos
Patologías de la Espalda/columna	73,4	455
Gastroenteritis/colitis	15,9	98
Infección vías respiratorias altas	2,7	17
Otras infecciones respiratorias	1,5	10
Otras patologías	6,3	39

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GMT.

publicado por el INSS en 2009– de las jornadas laborales que deberían haberse perdido en España durante el año 2010 debidas a estos procesos relacionados con patologías de la columna lumbar, serían 2.613.202 días. Sin embargo, los días que realmente se perdieron fueron 6.188.626, es decir, los días transcurridos en IT reales excedieron en 3.575.424 días a los teóricos.

La duración media se ha obtenido después de dividir el número de días perdidos por el número de procesos. La duración estándar la obtenemos de los datos que ofrece el INSS en su manual de incapacidad²⁰ sobre la duración que deberían tener los procesos aquí enumerados con sus respectivos códigos.

Si se realiza un cálculo teórico –atendiendo a los tiempos estándar de duración de IT recogidos en el manual

²⁰ Autoría múltiple “Tiempos estándar de Incapacidad Temporal”. Edita: Instituto Nacional de la Seguridad Social. NIPO: 791-09-078-8. Depósito Legal: M-28597-2009. Autores.. Álvarez-Blázquez Fernández F, Director. Jardon Dato E, Carbajo Sotillo MD, Terradillos García MJ, Valero Muñoz MR, Robledo Muga F, Maqueda Blasco J, Cortés Barragán R, Veiga de Cabo J, coordinadores.

PATOLOGÍAS DE COLUMNA LUMBAR POR CÓDIGOS. PÉRDIDA EN JORNADAS POR IT EN ESPAÑA. AÑO 2010						
Diagnóstico	Número de procesos	Número de días perdidos	Duración media	Duración estándar	Número de días teóricos	Desviación
LUMBALGIA (Código 724.2)	95.989	3.705.148	38,40	14	1343846	2.361.302
CIÁTICA (Código 724.3)	35.285	1.940.098	54,98	30	1058550	881.548
DOLOR DE ESPALDA NO ESPECIFICADO (Código 724.5)	2.469	102.791	41,63	14	34566	68.225
OTRAS ALT. DE LA ESPALDA NO ESPECIFICADAS (Código 724)	7.699	369.658	48,01	20	153980	215.678
ALT. DE LA ESPALDA NO ESPECIFICADAS (Código 724.9)	15	652	43,47	14	210	442
DESPLAZAMIENTO DISCO INTERVERTEBRAL LUMBAR SIN MIELOPATÍA (Código 722.10)	260	28.499	109,61	30	7800	20.699
DESPLAZAMIENTO DISCO INTERVERTEBRAL LUMBAR NO ESPECIFICADO (Código 722.2)	12	1.065	88,75	30	360	705
TRASTORNO DEL DISCO INTERVERTEBRAL (Código 722)	369	33.017	89,48	30	11070	21.947
ESPONDILOSIS LUMBOSACRA SIN MIELOPATÍA (Código 721.3)	55	1.534	27,89	20	1100	434
DEGENERACIÓN DISCO INTERVERTEBRAL SITIO NO ESPECIFICADO (Código 722.6)	65	3.999	61,52	20	1300	2.699
DEGENERACIÓN DISCO INTERVERTEBRAL DORSAL/ LUMBAR (Código 722.5)	13	1.457	112,08	20	260	1.197
DEGENERACIÓN DISCO INTERVERTEBRAL LUMBAR O LUMBOSACRO (Código 722.52)	8	708	88,50	20	160	548
TOTALES	142.239	6.188.626	43,51	18,4	2.613.202	3.575.424

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Si se realiza una comparativa entre los datos obtenidos a nivel nacional del número de procesos y sus duraciones en cuanto a días perdidos de trabajo y los correspondientes a la patología de columna lumbar englobados todos los procesos incluidos en los 30

diagnósticos más frecuentes, se obtienen los datos que figuran en la tabla que se muestra seguidamente y donde se aprecia que la patología lumbar engloba el 9,76% del total de duración de los procesos totales causantes de IT en 2010.

Comparativa de los procesos de columna lumbar sobre el total de procesos con IT por todas las patologías en 2010 en España				
Procesos IT	Número de procesos	Duración	Porcentaje sobre el número de procesos total nacional	Porcentaje sobre la duración total nacional
Total Nacional	1.577.276	63.417.943	100	100
Patología columna lumbar	142.239	6.188.626	9,01	9,76

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

La patología de espalda supone el 9,01% respecto al número de procesos totales que cursan con IT en España durante el año 2010 y el 9,76% respecto al total del número de días perdidos.

Teniendo en cuenta ese 9,76% de días perdidos, podemos calcular de forma aproximada el coste económico

que supondrían las patologías de columna lumbar y que será aproximadamente el 9,76% del gasto total en IT por todos los procesos.

El 9,76% de 2.577.048.410 euros (coste total de España de la IT en 2010) son 251.519.924,8 euros.

Teniendo en cuenta que las patologías de columna lumbar han supuesto 6.188.626 días perdidos y que cada día ha costado 21,11 €, según cifras de SMI-2010 y 17,55 €, según cifras IPREM-2010 (cálculo aproximado admitiendo el sesgo anteriormente mencionado), se puede hacer un cálculo de mínimos en el coste por jornadas perdidas por estas patologías en 2010 y hacer una aproximación a 2011 admitiendo de base la misma cifra de jornadas perdidas.

De esta forma se obtiene una cifra aproximada, si bien no real pero que permite cuantificar someramente el coste económico aproximado de este grupo de patologías en IT para las empresas y para la sociedad.

Haremos por ello el cálculo de mínimos ajustándonos a las cifras de estos dos indicadores, el IPREM y el SMI que pasamos a definir:

El salario mínimo interprofesional (SMI) fija la cuantía retributiva mínima que percibirá el trabajador referida a la jornada legal de trabajo, sin distinción de sexo u edad de los trabajadores, sean fijos, eventuales o temporeros.

El valor que toma el SMI se fija cada año por el Gobierno, mediante la publicación de un Real Decreto. Y para la determinación del mismo se tienen en cuenta factores como el IPC, la productividad media nacional alcanzada o el incremento de la participación del trabajo en la renta nacional. Actualmente el salario mínimo interprofesional (SMI) en España es de 633,30 euros y el correspondiente a una jornada dentro de esos mínimos es de 21,11 euros.

La cuantía se fija en salario/día y salario/mes y en el caso de empleados de hogar se fija también en salario/hora.

CIFRAS DE SMI PARA 2010-2011			
AÑO	SMI- diario	SMI- mensual	SMI- cómputo anual
2010	21,11€	633,30€	8.866,20€
2011	21,38€	641,40€	8.979,60€

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Coste de la patología lumbar por jornadas perdidas en IT calculado según cifras SMI 2010			
Cálculo	Días perdidos	Coste/día	Total coste
Coste real	6.188.626	21,11€	130.641.894,86€
Coste teórico	2.613.202	21,11€	55.164.694,22€
Diferencia coste (real menos teórico)			75.477.200,64 €

Ref.: Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Coste de la patología lumbar por jornadas perdidas en IT según cifras extrapoladas al SMI 2011			
Cálculo	Días perdidos*	Coste/día	Total coste
Coste real	6.188.626	21,38 €	132.312.823,88€
Coste teórico	2.613.202	21,38 €	55.870.258,76€
Diferencia coste (real menos teórico)			76.442.565,12 €

* Se toman para realizar los cálculos como base hipotética, los mismos días perdidos que en 2010.

Ref. Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

El Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) es un índice empleado en España como referencia para la concesión de ayudas, becas, subvenciones o el subsidio de desempleo, entre otros. Este índice nació en el año 2004 para sustituir al Salario Mínimo Interprofesional como referencia para estas ayudas. El Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) para 2010, cifra la jornada en 17,55 y el salario mensual en 532,21 euros.

De esta forma el IPREM fue creciendo a un ritmo menor que el SMI restringiendo el acceso a las ayudas para las economías familiares más desfavorecidas.

Algunas de las principales ayudas

- Para el cálculo del subsidio por desempleo y en la ayuda para calcular las indemnizaciones por despido.
- Para tener acceso a justicia y asistencia jurídica gratuita
- Para vivienda VPPL –Protección Pública de Precio Limitado– y VPPB –Protección Pública Básica–.

Evolución del IPREM

El IPREM se publica anualmente a través de la **Ley de Presupuestos**, de forma que tendremos que usar como

referencia el último valor publicado de forma oficial para determinar si nuestros ingresos superan un determinado número de veces el IPREM actual.

CIFRAS DE IPREM PARA 2010-2011*				
AÑO	IPREM diario	IPREM	IPREM anual (12 pagas)	IPREM anual (14 pagas)
2010	17,55€	532,21€	6.390,13€	7.455,14€
2011	17,75€	532,51 €	6.390,13€	7.455,14€

*El IPREM ha quedado congelado para el presente año 2011 Ref.– Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT

Coste de la patología lumbar por jornadas perdidas en IT calculado según cifras IPREM 2010			
Cálculo	Días perdidos	Coste/día	Total coste
Coste real	6.188.626	17,55€	108.610.386,30€
Coste teórico	2.613.202	17,55€	45.861.695,10€
Diferencia coste (real menos teórico)			62.748.691,20 €

* Ref. Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Coste de la patología lumbar por jornadas perdidas en IT según cifras extrapoladas al IPREM 2011			
Cálculo	Días perdidos*	Coste/día	Total coste
Coste real	6.188.626	17,75€	109.848.111,50€
Coste teórico	2.613.202	17,75€	46.384.335,50€
Diferencia coste (real menos teórico)			63.463.776€

**Se toman para realizar los cálculos como base hipotética, los mismos días perdidos que en 2010 Ref.– Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Coste real versus coste teórico de las patologías lumbares en relación con las jornadas perdidas (IT) en España en 2010			
Diagnóstico	Coste real	Coste teórico	Diferencia coste
LUMBALGIA (Código 724.2)	150.577.215	54.613.901,44	95.963.313,28
CIÁTICA (Código 724.3)	78.845.582,7	43.019.472	35.826.110,72
DOLOR DE ESPALDA NO ESPECIFICADO (Código 724.5)	4.177.426,24	1.404.762,24	2.772.664
OTRAS ALT. DE LA ESPALDA NO ESPECIFICADAS (Código 724)	15.022.901,1	6.257.747,2	8.765.153,92
ALT. DE LA ESPALDA NO ESPECIFICADAS (Código 724.9)	26.497,28	8.534,4	17.962,88
DESPLAZAMIENTO DISCO INTERVERTEBRAL LUMBAR SIN MIELOPATÍA (Código 722.10)	1.158.199,36	316.992	841.207,36
DESPLAZAMIENTO DISCO INTERVERTEBRAL LUMBAR NO ESPECIFICADO (Código 722.2)	43.281,6	14.630,4	28.651,2
TRASTORNO DEL DISCO INTERVERTEBRAL (Código 722)	1.341.810,88	449.884,8	891.926,08
ESPONDILOSIOS LUMBOSACRA SIN MIELOPATÍA (Código 721.3)	62.341,76	44.704	17.637,76
DEGENERACIÓN DISCO INTERVERTEBRAL SITIO NO ESPECIFICADO (Código 722.6)	162.519,36	52.832	109.687,36
DEGENERACIÓN DISCO INTERVERTEBRAL DORSAL/LUMBAR (Código 722.5)	59.212,48	10.566,4	48.646,08
DEGENERACIÓN DISCO INTERVERTEBRAL LUMBAR O LUMBOSACRO (Código 722.52)	28.773,12	6.502,4	22.270,72
TOTALES	251.505.761	106.200.529,3	145.305.231,4

* Ref. Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Si se aplicaran los estándares de duración de estas patologías que constan en el Manual para el control de la IT publicado por el INSS y anteriormente referido, se ahorrarían 145.305.231,4 jornadas de trabajo, que implicarían un ahorro en costes, según los mínimos anteriormente utilizados de 3.067.393.434,85 euros (cifras SMI-2010) o de 2.550.106.811,07 euros (cifras IPREM-2010).

Si se individualizan estos resultados por CCAA, vemos que el porcentaje de lumbalgia como primer diagnóstico en cada CCAA, es el que se muestra a continuación:

El total de OPCIONES se calcula multiplicando el número de provincias de cada CCAA por los meses. (Por Ejemplo: Andalucía tiene 8 provincias x 12 meses son 96 posibilidades, de ellas 78 tienen la lumbalgia como 1º diagnóstico (81,3%). En Canarias hay 19 posibilidades en lugar de 24 (2 provincias y 12 meses) porque hay 5 meses sin datos, desde Agosto a Diciembre en Las Palmas).

La Lumbalgia como primer diagnóstico en IT por CCAA durante el año 2010			
CCAA	Total Lumbalgia 1º diagnóstico	Total opciones en esa CCAA	Porcentaje de lumbalgia como 1º diagnóstico
Andalucía	78	96	81,3
Aragón	25	36	69,4
Asturias	8	12	66,7
Baleares	1	12	8,3
C León	64	108	59,3
C Mancha	60	60	100
C Valenciana	35	36	97,2
Canarias	5	19	26,3
Cantabria	1	12	8,3
Cataluña	28	48	58,3
Ceuta	0	12	0
Extremadura	21	24	87,5
Galicia	47	48	97,9
La Rioja	10	12	83,3
Madrid	0	12	0
Melilla	0	12	0
Murcia	11	12	91,7
Navarra	2	12	16,7
País Vasco	32	36	88,9

Ref. Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT

Llama la atención que en algunas CCAA la lumbalgia no aparece como diagnóstico mayoritario en los procesos de IT, cosa que si ocurre en el resto de comunidades. Esto lo vemos en la Comunidad de Madrid (diagnóstico mayoritario impreciso: otras causas de morbilidad), Melilla (diagnóstico mayoritario otras alteraciones de la espalda), Ceuta (diagnóstico mayoritario impreciso: otras causas de morbilidad), Cantabria (diagnóstico mayoritario síntomas generales), Baleares (diagnóstico mayorita-

rio colitis), Navarra (diagnóstico mayoritario gastroenteritis no infecciosas), y Canarias sin datos de Agosto a Diciembre en Las Palmas (diagnóstico mayoritario otras alteraciones de la espalda). En el resto de comunidades, la lumbalgia es el diagnóstico mayoritario y, al contrario que en los casos anteriores, hay CCAA como Castilla-La Mancha, Galicia, Comunidad Valenciana y Comunidad de Murcia donde más del 90% de los diagnósticos de los partes de IT lo son de lumbalgia.

Porcentaje de primer diagnóstico en IT por CCAA, AÑO 2010		
CCAA	Porcentaje de 1º diagnóstico	Patología
C Mancha	100	Lumbalgia
Galicia	97,9	Lumbalgia
C Valenciana	97,2	Lumbalgia

Porcentaje de primer diagnóstico en IT por CCAA, AÑO 2010		
CCAA	Porcentaje de 1º diagnóstico	Patología
Murcia	91,7	Lumbalgia
País Vasco	88,9	Lumbalgia
Extremadura	87,5	Lumbalgia
La Rioja	83,3	Lumbalgia
Andalucía	81,3	Lumbalgia
Aragón	69,4	Lumbalgia
Asturias	66,7	Lumbalgia
C León	59,3	Lumbalgia
Cataluña	58,3	Lumbalgia
Canarias	57,9	Otras alteraciones espalda
Navarra	75	Gastroenteritis no infecciosa
Baleares	91,7	Colitis
Cantabria	83,3	Síntomas generales
Ceuta	100	Otras causas de morbilidad
Madrid	58,3	Otras causas de morbilidad
Melilla	83,3	Otras alteraciones espalda

* Ref. Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

Se observan variaciones importantes en los datos por CCAA en los distintos meses del año en lo que afecta a la tipificación del diagnóstico lumbalgia como diagnóstico referente en patología de columna lumbar: oscila entre el 100% de primeros diagnósticos en C Mancha o más del 90% de Galicia, C Valenciana o Mur-

cia y menos de 10% de Baleares o Cantabria, e incluso el 0% de Ceuta, Madrid o Melilla. Los números indican las provincias de cada CCAA en las que la lumbalgia es el primer diagnóstico. En cada CCAA el número que figura entre paréntesis indica la cantidad de provincias que la componen.

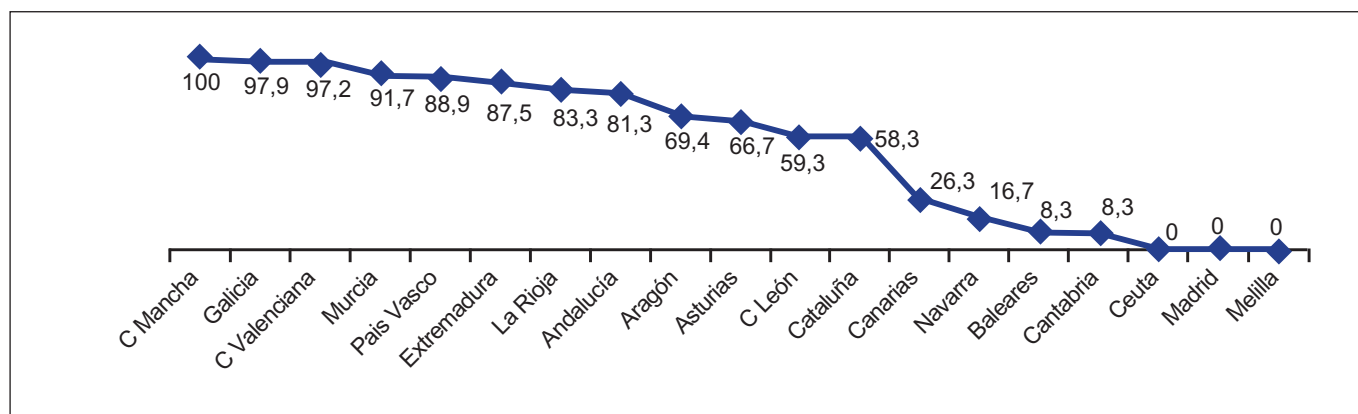


Figura. Porcentaje de Lumbalgia como primer diagnóstico en los procesos de IT en España por CCAA durante 2010.

Número de provincias en cada CCAA con lumbalgia como primer diagnóstico													
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Andalucía (8)	6	4	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	
Aragón (3)	1	1	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	
Asturias (1)	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
Baleares (1)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C León (9)	0	2	5	7	7	9	7	8	5	4	5	5	

Número de provincias en cada CCAA con lumbalgia como primer diagnóstico												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
C Mancha (5)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
C Valenciana (3)	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Canarias (2)	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
Cantabria (1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Cataluña (4)	1	0	1	3	3	4	4	4	4	3	1	0
Ceuta (1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extremadura (2)	0	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
Galicia (4)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3
La Rioja (1)	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Madrid (1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Melilla (1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Murcia (1)	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Navarra (1)	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
País Vasco (3)	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2

* Ref. Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

CONCLUSIONES DEL COSTE ECONÓMICO POR IT EN PATOLOGÍA LUMBAR

1. Las lumbalgias suponen un elevado coste dentro de las causas de IT, más de 250 millones de euros, y representan uno de cada 10 días perdidos, lo que las sitúa como las patologías más frecuentes a nivel nacional.
2. La aplicación de los estándares establecidos por el INSS en cuanto a la duración media de estas patologías implicaría cuantiosos beneficios por ahorro en jornadas de trabajo perdidas (costes indirectos).
3. La discrepancia en la duración de los procesos podría obedecer a que los diagnósticos que se especifican en los partes de IT no son lo suficientemente precisos, probablemente porque no reflejan la gravedad del cuadro o bien no son modificados durante la evolución de los procesos, una vez que se ha definido la etiología del dolor de una forma más precisa con el apoyo de las pruebas complementarias y vista su evolución.

El gasto en IT del 2010, fue aproximadamente 2.577 millones de euros (incluyendo pago directo y pago delegado), con un número de días de IT abonados de 82.200.000 aproximadamente, lo que daría un coste por cada día de IT de 31,35 euros, siempre partiendo del sesgo de no considerar en este cálculo las diferencias en las bases de coti-

zación y contemplando aquí tan sólo el gasto correspondiente al INSS. No se incluyen por ello los días de baja que paga el empresario (los primeros 15 días de cada proceso) y se hace referencia siempre a procesos de incapacidad temporal de trabajadores que tienen las contingencias con el INSS, no contando por ello con los trabajadores que están con Mutuas y que no se incluirían aquí.

- a. Coste de la patología lumbar en procesos de incapacidad temporal (IT) **tomando como referencia de mínimos el SMI de 2010** (con un coste/día de 21,11€) = 75.477.200,64 €, lo que supondría en su conjunto el 2,929% del total del gasto en IT en España en 2010 (para un coste/día= 31,35 €).
- b. Coste de la patología lumbar en procesos de incapacidad temporal (IT) **tomando como referencia de mínimos el IPREM de 2010** (con un coste/día de 17,55€) = 62.748.691,20€, lo que supondría en su conjunto el 2,4355% del total del gasto en IT en España en 2010 (para un coste/día= 31,35 euros)
- c. Si extrapolamos los datos de jornadas perdidas y consideramos el coste/día de 31,35€ que ha servido de base para la obtención del coste global en España durante 2010 asociado a la incapacidad Temporal, los datos son los que se muestran a continuación en la tabla y suponen el **4,35% del total del gasto en IT en España por todos los procesos**.

Coste de la patología lumbar por jornadas perdidas en IT calculado según cifras SMI 2010			
Cálculo	Días perdidos	Coste/día	Total coste
Coste real	6.188.626	31,35 euros	194.013.425,1€
Coste teórico	2.613.202	31,35 euros	81.923.882,7€
Diferencia coste (real menos teórico)	112.089.542,4€		

Ref. Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo. GIMT.

5.2. La repercusión jurídica del daño laboral. Revisión jurisprudencial y análisis de resultados²¹

En nuestro sistema de Seguridad Social, como se ha visto en capítulos anteriores, reciben distinto tratamiento las contingencias laborales, relacionadas con los riesgos presentes en el trabajo: Enfermedad Profesional (EP) y Accidente de Trabajo (AT) y las contingencias no laborales: Accidente No laboral (ANL) y Enfermedad Común (EC).

Las lesiones profesionales han tenido una evolución histórica progresiva, detallada a lo largo de este texto: en 1900 se define el accidente de trabajo, en 1947 se entra en el concepto de la enfermedad profesional, en concreto referida a silicosis. En 1942 se recoge por primera vez en la legislación la incapacidad permanente por accidente no laboral y enfermedad común y en 1955 el acceso a las prestaciones por muerte derivada de accidente no laboral y enfermedad común.

Sin embargo, en el momento actual y, desde el punto de vista legal, existen situaciones con descripción equívoca, bien porque varíen en función de los distintos regímenes de la Seguridad Social (Régimen General-RG-, Régimen Especial de Trabajadores Autónomos-RETA-, Trabajadores por cuenta propia o autónomos-TRADE-); bien por modificarse en función de las distintas situaciones protegidas; o en ocasiones, porque su descripción esté encadenada «jerárquicamente» en el Régimen General al tipificarlas, siendo el orden: Enfermedad profesional-EP-, Accidente de Trabajo- AT-, Accidente no laboral-ANL-, Enfermedad Común- EC-.

Se consideran como excepción: las enfermedades agravadas o intercurrentes de origen profesional, en las que prevalece su consideración como accidente de trabajo sobre la enfermedad profesional; y las enfermedades, de origen pluricausal, en las que aunque uno de los factores implicados en su origen sea laboral, prevalece la apreciación como enfermedad común sobre el accidente de trabajo. Existe una inequívoca supremacía de la contingencia profesional sobre la no laboral. En ocasiones su descripción es deficitaria por la falta de previsión específica para situaciones protegidas conformadas por pluripatologías o en situaciones laborales múltiples (pluriempleo, pluriactividad).

Su descripción puede prestarse a incoherencia o existir colisión entre el artículo 115.1, el 115.2-e y el 117.2 de la LGSS. Y por último existir un peligro interpretativo.

Configuración legal actual del accidente de trabajo en el Régimen General (art. 115 LGSS).

El primer problema que se plantea es la amplísima noción de lesión corporal (daño corporal causado por herida, golpe o enfermedad; abarca el daño físico y el psíquico, entre otras); la doble y excesivamente amplia configuración de la causalidad de la lesión: la directamente relacionada con el trabajo, o la circunstancial, producida con ocasión de éste y que obliga a cuestionarse

si la lesión habría tenido lugar sin tener que cohesionarla con el trabajo. La existencia de un agente externo laboral como requisito, que es difícil de considerar en las patologías psíquicas, al igual que ocurre con los accidentes de trabajo no traumáticos, (como por ejemplo, en los accidentes cerebro-vasculares o el infarto de miocardio de aparición súbita).

Mención aparte, aunque de menor trascendencia jurídica, es el concepto de enfermedad profesional, de causa exclusiva laboral y regulada por el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

La enfermedad agravada por el trabajo engloba supuestos de pluripatología de gran aplicación en la práctica. Ejemplo para el tema que nos ocupa sería la hernia discal por esfuerzo laboral en una columna previamente deteriorada por causa ajena al trabajo.

En el caso de una enfermedad intercurrente, estaríamos ante un supuesto de pluripatología pero de menor aplicación y conflictividad en el ámbito judicial.

Por último, como objeto de controversia jurídica, situaríamos el accidente de trabajo *in itinere*, sufrido al *ir o volver del trabajo*, si bien este tipo de accidentes están sujetos a restricciones en el propio concepto de lesión corporal y en la no aplicación de la presunción de causalidad como elementos determinantes en la jurisprudencia de los últimos años y que afectan de forma específica a los accidentes no traumáticos (ACV o infartos) acaecidos en tal situación.

Puesto que nos referimos en concreto a lumbalgias y hernias discales, junto con sus complicaciones derivadas, hemos de valorar estas enfermedades como posibles contingencias profesionales y el origen del problema es la dificultad de identificar su causa específica motivante, en casos como este de enfermedades con potencial causa en actividades laborales, aunque con interconexión de otras actividades de la vida diaria del trabajador.

Para simplificar al máximo se aplica el principio de causalidad, si éste existe en el trabajo de forma fehaciente se produce una directa derivación del AT, como ocurre con las enfermedades postraumáticas, y el de temporalidad o coincidencia en el tiempo de trabajo.

La determinación de la contingencia o contingencias decisivas es un proceso complejo que implica:

- Determinar el momento del daño que da lugar la situación protegida: en IT, el inicio de la baja, en IP, no necesariamente es el de reconocimiento del grado concreto.
- Determinar las patologías en evolución y no aquellas patologías que dejaron de evolucionar o son patologías irrelevantes. Cuando existen pluripatologías en evolución o activas hay que establecer cual es la contingencia decisiva, teniendo en cuenta la «jerarquía» de contingencias, es decir, la preferencia de la EP sobre todas; del AT sobre las comunes; del ANL sobre la EC. Delimitación de la

²¹ Ref. Visión jurídica de la contingencia laboral. El accidente de trabajo. (Manuel Díaz de Rábago Villar, 2009).

competencia en cuanto a indemnización por los daños derivados del accidente de trabajo (Carlos Luís Alfonso Mellado, 2011)

Hasta cuatro órdenes jurisdiccionales pueden intervenir en esta materia:

- El penal, determinando la responsabilidad derivada del incumplimiento de las normas de prevención por parte del empresario.
- El contencioso-administrativo, en las reclamaciones relacionadas con empleados públicos.
- El social, en relación con las personas sujetas a contrato de trabajo.
- El civil, en supuestos de responsabilidad contractual o extracontractual, amparados en las correspondientes normas del Código Civil.

Sin embargo la jurisprudencia derivada del Tribunal Supremo y al objeto de evitar confusión, ha dado prioridad al orden social, entendiendo que las acciones dirigidas en la materia contra el empleador y fundadas en incumplimientos de obligaciones preventivas son competencia social, incluso aunque se fundasen en culpa extracontractual, pues aquellas obligaciones forman parte del núcleo imperativo que complementa el contrato de trabajo y las acciones derivadas del mismo son competencia del orden social (STS de 15-01-08 (RJ 2008,1394). Desde ese momento, se entiende que las acciones que se dirijan contra el empleador por incumplimiento de las obligaciones preventivas son competencia del orden social, lo que se completa con la atribución al orden civil de la competencia en aquellas acciones que, aunque pudieran proceder de un accidente laboral, se dirijan contra terceros sin ningún fundamento laboral y sin que pueda atribuirse obligación preventiva alguna al empleador.

La competencia del orden civil quedaría reducida en materia de accidentes de trabajo a los supuestos en los que solamente se reclame a terceros y en atención a una culpa extracontractual, imputándoles haber ocasionado daños pero sin incumplimiento de normas laborales y sin que asumiesen la labor de auxiliares del empleador en el cumplimiento de sus obligaciones preventivas.

Un último problema que queda por abordar es el de la posible prescripción de la acción en reclamación de resarcimiento de los daños pero, una vez que se entiende que es correcta la aplicación de la Ley 22/1994 al efecto de integrar la previsión del art. 41 LPRL, puede concluirse que el plazo aplicable debe ser el específico de la propia ley, esto es, tres años desde que la acción pudo ejercitarse. Ese es el plazo que como ley especial debe prevalecer sobre el general de un año que se derivaría, ya del

Código Civil en relación con la exigencia de responsabilidad extracontractual, art. 1968 CC, ya de la propia legislación laboral conforme al art. 59.2 ET.

Sin embargo siguen existiendo dudas al respecto y cabría cuestionarse entonces si, aplicándose la norma civil como integradora del régimen jurídico de esa obligación, la integración debe alcanzar también al plazo de prescripción o, por el contrario, existiendo unos plazos al respecto específicamente laborales, debieran ser estos los que se aplicaran.

Revisión jurisprudencial de los conceptos de accidente de trabajo y de enfermedad profesional

Definimos jurisprudencia (concepto que procede del latín *iuris prudentia*) como el conjunto de las sentencias de los tribunales y la doctrina que contienen. En España no está considerada como fuente del derecho, si bien se tiene en cuenta como un complemento del ordenamiento jurídico.

Interesa en este caso realizar una aproximación al peso que, dentro de la jurisprudencia española, tiene el concepto de accidente de trabajo y el de enfermedad profesional. Para ello se realiza una búsqueda en una de las bases de datos más utilizadas por los juristas (<http://www.westlaw.es>). La búsqueda bibliográfica de sentencias puede hacerse por diversos campos, aunque en el mundo del derecho médico-legal quizás lo más práctico es el uso de palabras clave de patologías y, especialmente, la asociación de términos de búsqueda.

Así, podemos combinar patologías concretas, en este caso lumbalgia o hernia discal, con accidente de trabajo. Otras vías de búsqueda bibliográfica en medicina pueden ser: por la relevancia jurídica de las sentencias, por materias, tribunales, por su evolución en años, ponente, ubicación geográfica o cualquier otra forma de búsqueda que aporte información de interés ante las situaciones concretas a analizar.

Partiendo de estos conceptos iniciales, se muestran en la **Tablas y en la Gráficas** los resultados obtenidos en sentencias referidas a accidente de trabajo y a la enfermedad profesional como representantes de concepto de daño laboral que ocupa en este trabajo.

En lo que respecta al **accidente de trabajo** como concepto incluido en las sentencias incluidas en la base de datos como jurisprudencia de referencia, aparecen 144.020 sentencias de las que el 77,98% (112.305 sentencias) se corresponden con el orden social, siendo ya minoritarias en el resto, si bien destacan el contencioso administrativo con un 8,88% de las sentencias totales (12.788) y el penal con el 5,81% (8.373 sentencias).

BÚSQUEDA JURISPRUDENCIAL EN ACCIDENTE DE TRABAJO		
Ámbito jurídico	Número de sentencias	Porcentaje sobre total
TOTAL	144.020	100%
GENERAL	36	0,02
COMUNITARIO	63	0,04

BÚSQUEDA JURISPRUDENCIAL EN ACCIDENTE DE TRABAJO		
Ámbito jurídico	Número de sentencias	Porcentaje sobre total
CONSTITUCIONAL	206	0,14
CIVIL	9.365	6,5
MERCANTIL	850	0,59
PENAL	8.373	5,81
ADMINISTRATIVO	12.788	8,88
FISCAL	16	0,01
SOCIAL	112.305	77,98
MILITAR	17	0,01

Búsqueda realizada el 9 de mayo de 2011. Fuente: http://www.westlaw.es/index_spa.html. Referencia.- Grupo Investigación Medicina del Trabajo (GIMT).

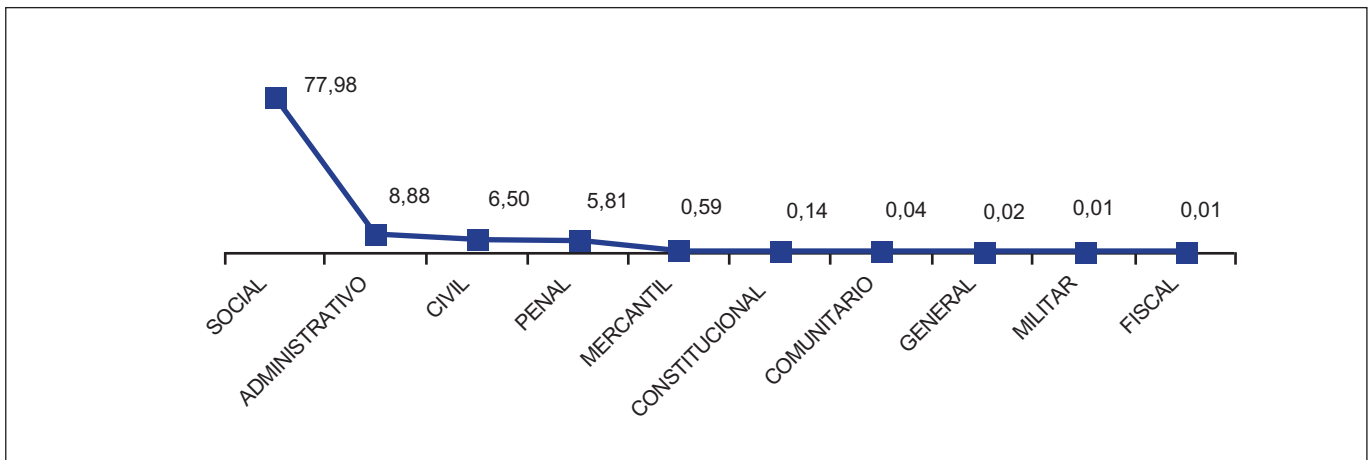


Figura. Accidente de trabajo. Jurisprudencia. Distribución porcentual por órdenes jurisdiccionales.

Realizando una búsqueda similar con el concepto específico de **enfermedad profesional** como segundo representante del concepto de daño laboral, se puede apreciar que las cifras de sentencias descienden de forma notable; así, vemos que hay un total de 85.183 sentencias, de las que la mayoría, como en el caso anterior, se corres-

ponden con el orden social, el 83,185% (70.860 sentencias), siendo mucho más reducido el número de sentencias en el resto de órdenes y destacando, dentro de este grupo minoritario, el contencioso administrativo con el 10,27% (8.752 sentencias), el civil con el 3,58% (3.050 sentencias) y el penal con el 2,15% (1.833 sentencias).

BÚSQUEDA JURISPRUDENCIAL EN ENFERMEDAD PROFESIONAL		
Ámbito jurídico	Número de sentencias	Porcentaje sobre total
TOTAL	85.183	100%
GENERAL	15	0,017
COMUNITARIO	76	0,089
CONSTITUCIONAL	103	0,121
CIVIL	3.050	3,580
MERCANTIL	361	0,424
PENAL	1.833	2,152
ADMINISTRATIVO	8.752	10,274
FISCAL	30	0,035
SOCIAL	70.860	83,185
MILITAR	101	0,118

Búsqueda realizada el 9 de mayo de 2011. Fuente: http://www.westlaw.es/index_spa.html. Referencia.- Grupo Investigación Medicina del Trabajo (GIMT)

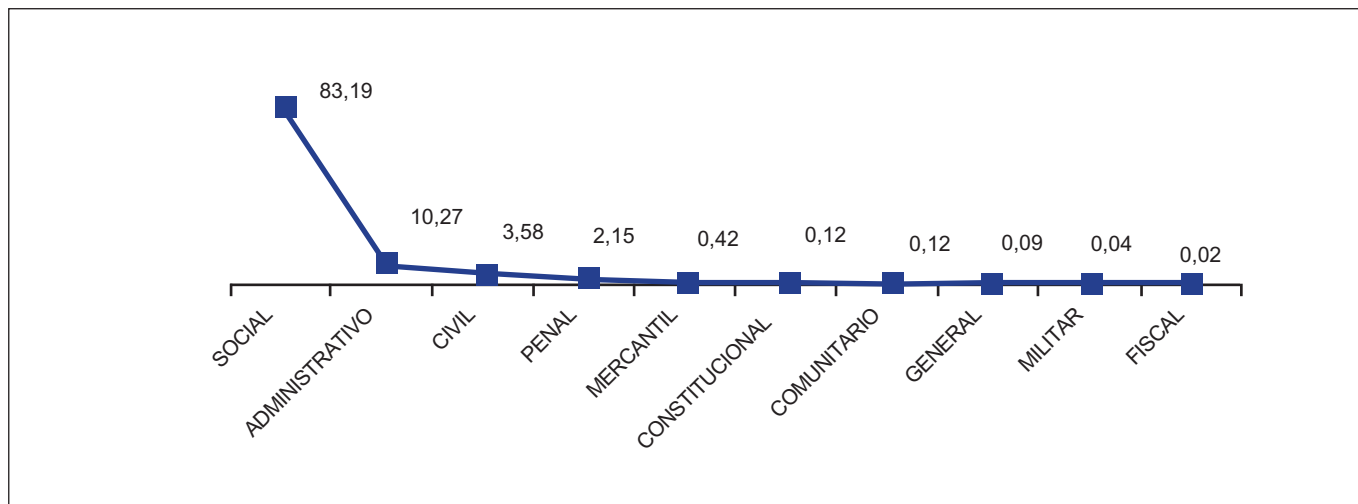


Figura. Enfermedad profesional. Jurisprudencia. Distribución porcentual por órdenes jurisdiccionales.

Si realizamos una búsqueda conjunta de **ambos términos** tal y como aparecen asociados en la jurisprudencia, se obtienen los resultados que se muestran en la tabla, con una coincidencia en un número importante de

las sentencias y con la misma predominancia vista anteriormente en cuanto al peso del orden de lo social sobre el resto (el 87,26%).

BÚSQUDA JURISPRUDENCIAL ACCIDENTE DE TRABAJO+ ENFERMEDAD PROFESIONAL		
Ámbito jurídico	Número de sentencias	Porcentaje sobre total
TOTAL	58.083	100%
GENERAL	15	0,025
COMUNITARIO	34	0,058
CONSTITUCIONAL	48	0,083
CIVIL	1.022	1,76
MERCANTIL	182	0,31
PENAL	574	0,99
ADMINISTRATIVO	5.521	9,51
FISCAL	3	0,005
SOCIAL	50.681	87,26
MILITAR	1	0,002

Búsqueda realizada el 9 de mayo de 2011. Fuente: http://www.westlaw.es/index_spa.html. Referencia.- Grupo Investigación Medicina del Trabajo (GIMT)

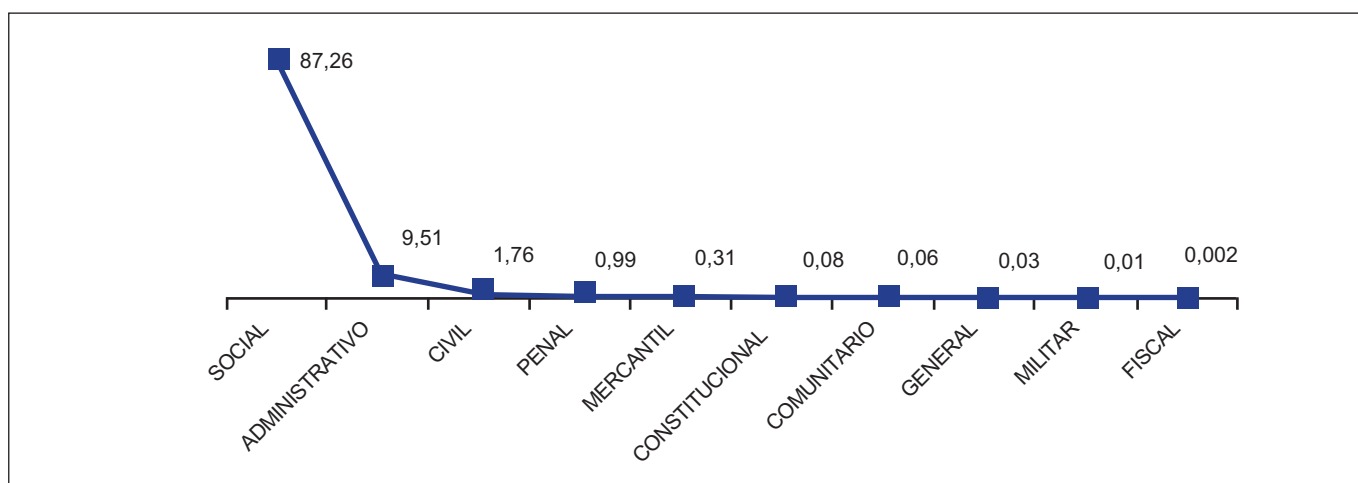


Figura. Accidente de Trabajo + Enfermedad Profesional. Jurisprudencia. Distribución porcentual por órdenes jurisdiccionales.

Lumbalgia y hernia discal como Accidente de Trabajo en la jurisprudencia española

Centrándonos ya en el tema que nos ocupa, vamos a analizar los resultados del concepto de accidente de trabajo relacionado de forma concreta con las patologías objeto de este estudio: las lumbalgias y las hernias discales. Hacemos la revisión de forma individual para cada una de ellas y para las dos en conjunto, puesto que en una parte importante de las sentencias que recogen estas problemáticas se pueden ver ambas recogidas en la misma sentencia.

Las hernias discales asociadas al concepto de accidente de trabajo vienen recogidas en la jurisprudencia española, según la base de datos consultada, en 5.526 sentencias, de las que el 94,34% de ellas se correspon-

den con el orden social (5.213 sentencias), siendo muy pequeña la proporción que es vista en el resto: civil, mercantil, penal o administrativo.

En el caso de las lumbalgias como patología asociada al concepto de accidente de trabajo, encontramos en la revisión efectuada una cifra muy similar a la obtenida en las hernias discales, 5.472 sentencias que relacionan ambos conceptos, de las que el 95,67% corresponde a lo social, siendo, al igual que en el caso anterior, minoritaria la representación proporcional en el resto.

Si revisamos ambas patologías en conjunto y asociadas al término accidente de trabajo, vemos que en 1.619 sentencias aparecen de forma conjunta, si bien se repite lo comentado anteriormente y el 96,97% (1.570 sentencias) corresponden a lo social.

BÚSQUEDA JURISPRUDENCIAL ACCIDENTE DE TRABAJO+ HERNIA DISCAL+LUMBALGIA						
Número de sentencias	Accidente de Trabajo HERNIA DISCAL	Porcentaje de sentencias	Accidente de Trabajo LUMBALGIA	Porcentaje de sentencias	Accidente de Trabajo HERNIA+LUMBALGIA	Porcentaje de sentencias
TOTAL	5.526	100%	5472	100%	1619	100%
CIVIL	112	2,03	65	1,19	13	0,8
MERCANTIL	15	0,27	11	0,2	2	0,12
PENAL	94	1,7	98	1,79	8	0,49
ADMINISTRATIVO	92	1,66	63	1,15	26	1,61
SOCIAL	5.213	94,34	5235	95,67	1570	96,97

Búsqueda realizada el 9 de mayo de 2011. Fuente: http://www.westlaw.es/index_spa.html. Referencia.- Grupo Investigación Medicina del Trabajo (GIMT).

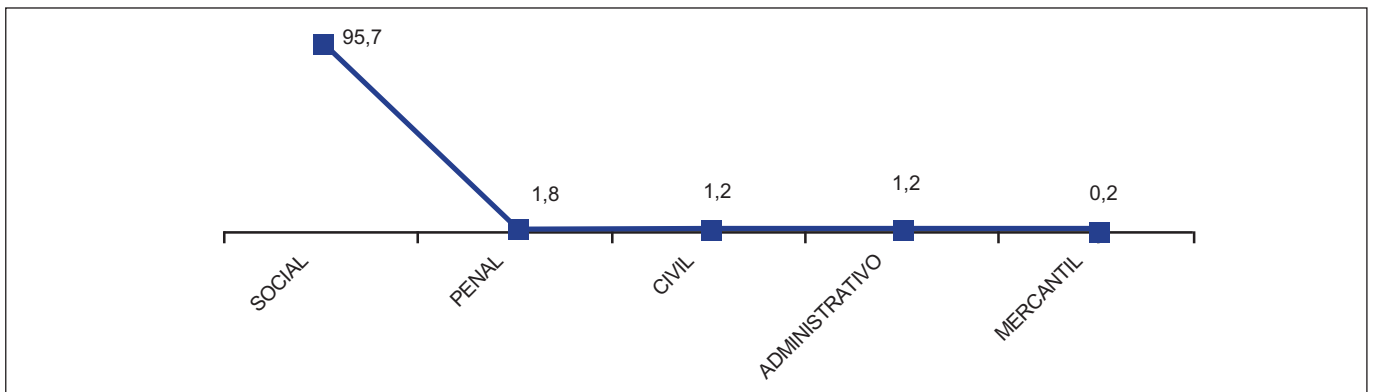


Figura. Accidente de Trabajo + Lumbalgia. Revisión jurisprudencial. Distribución porcentual por órdenes jurisdiccionales.

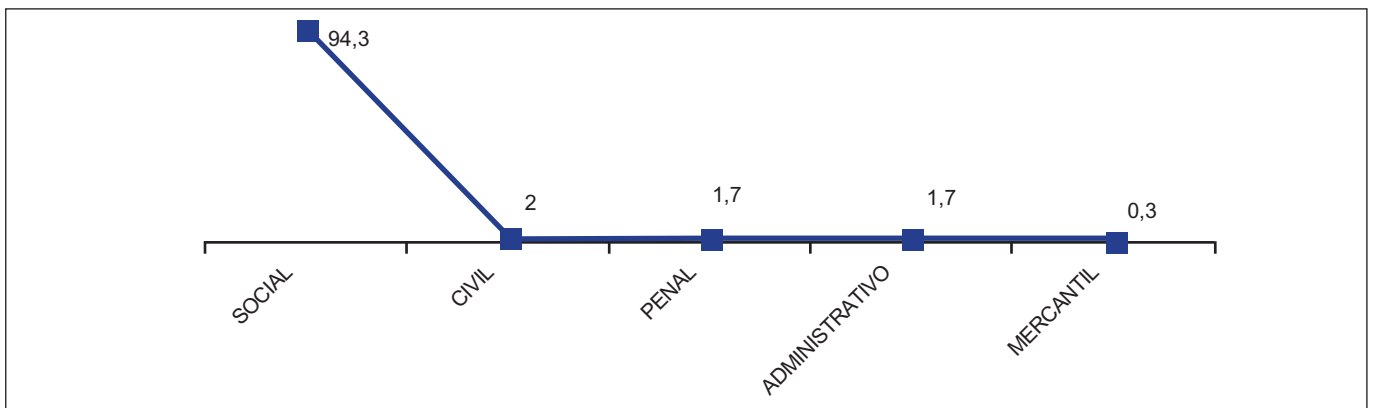


Figura. Accidente de Trabajo + Hernia discal. Revisión jurisprudencial. Distribución porcentual por órdenes jurisdiccionales.

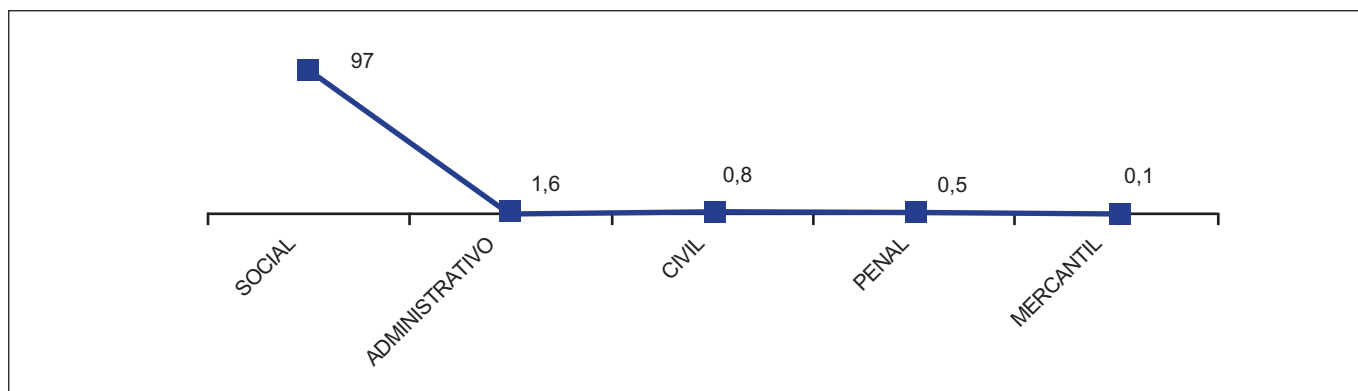


Figura. Accidente de Trabajo + Lumbalgias + Hernias discales. Revisión jurisprudencial. Distribución porcentual por órdenes jurisdiccionales.

Evolución por años de la jurisprudencia en este tema

Haciendo una revisión de la jurisprudencia desde el año 2000 al 2010, podemos observar como el número de sentencias recogidas en todos los temas revisados permanece estabilizado desde el año 2001 hasta el

momento actual, con discretos altibajos de pequeña trascendencia en los años 2005 y 2009. Esta tendencia parece mantenerse en el presente año 2011 según las cifras obtenidas en el primer cuatrimestre enero-abril.

EVOLUCIÓN POR AÑOS DE LA JURISPRUDENCIA EN DAÑO LABORAL (ACCIDENTE DE TRABAJO- ENFERMEDAD PROFESIONAL)				
Año	Accidente de trabajo	Enfermedad profesional	AT + Hernia discal	AT + Lumbalgia
2000	6893	3541	263	219
2001	12.906	6.837	489	508
2002	12.902	7.509	594	527
2003	12.869	7.495	595	552
2004	12.091	7.394	544	487
2005	11.453	6.912	474	488
2006	12.039	7.427	451	499
2007	13.836	8.659	506	534
2008	14.172	9.072	564	601
2009	13.427	8.834	504	502
2010	10.234	6.465	363	364
2011 (enero-abril)	484	331	13	23

Búsqueda realizada el 9 de mayo de 2011. Fuente: http://www.westlaw.es/index_spa.html. Referencia.- Grupo Investigación Medicina del Trabajo (GIMT).

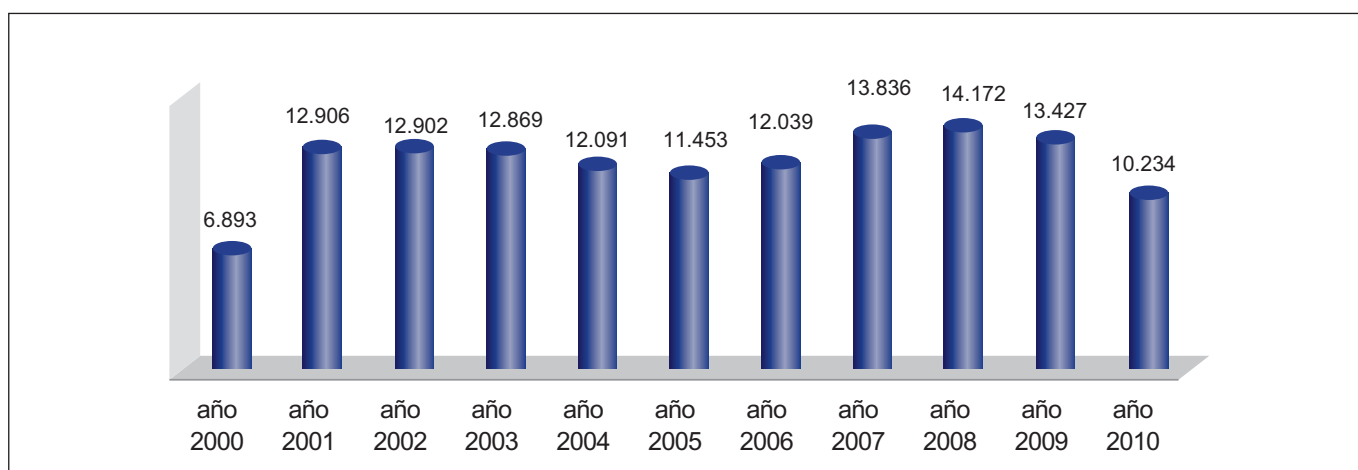


Figura. Accidente de Trabajo. Evolución de la jurisprudencia por años (200-2010)

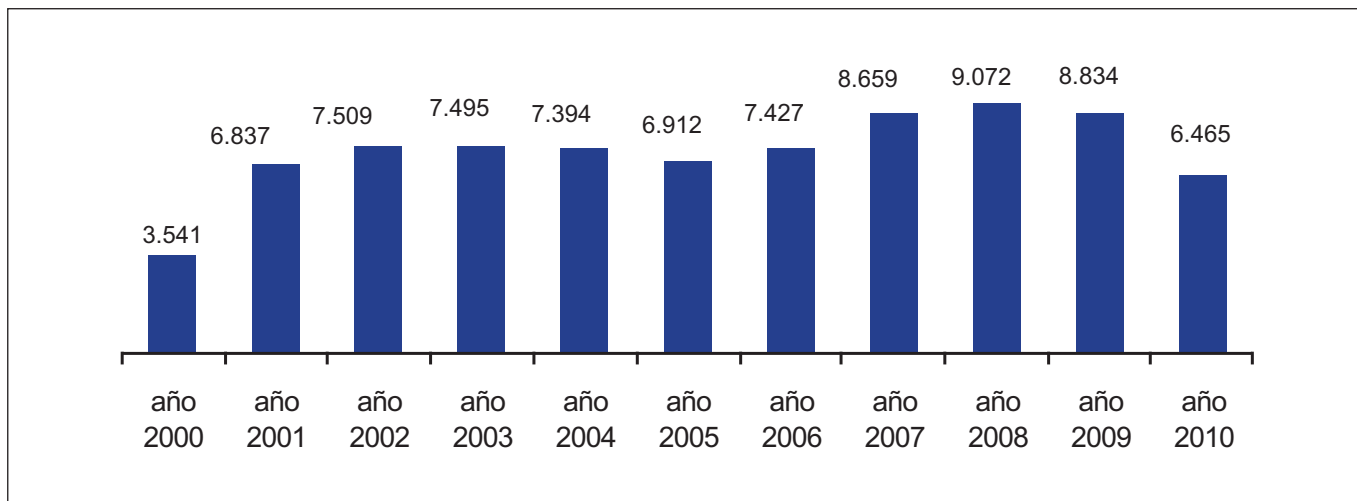


Figura. Enfermedad Profesional. Evolución de la jurisprudencia por años (2000-2010).

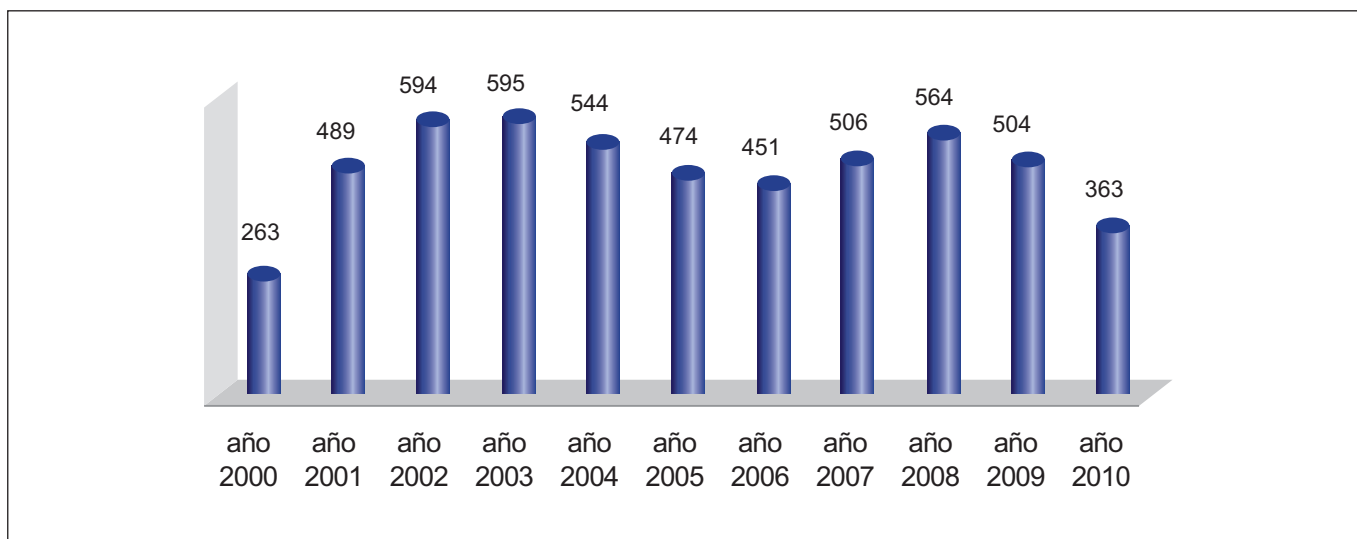


Figura. Accidente de Trabajo + Hernia discal. Evolución de la jurisprudencia por años (2000-2010).

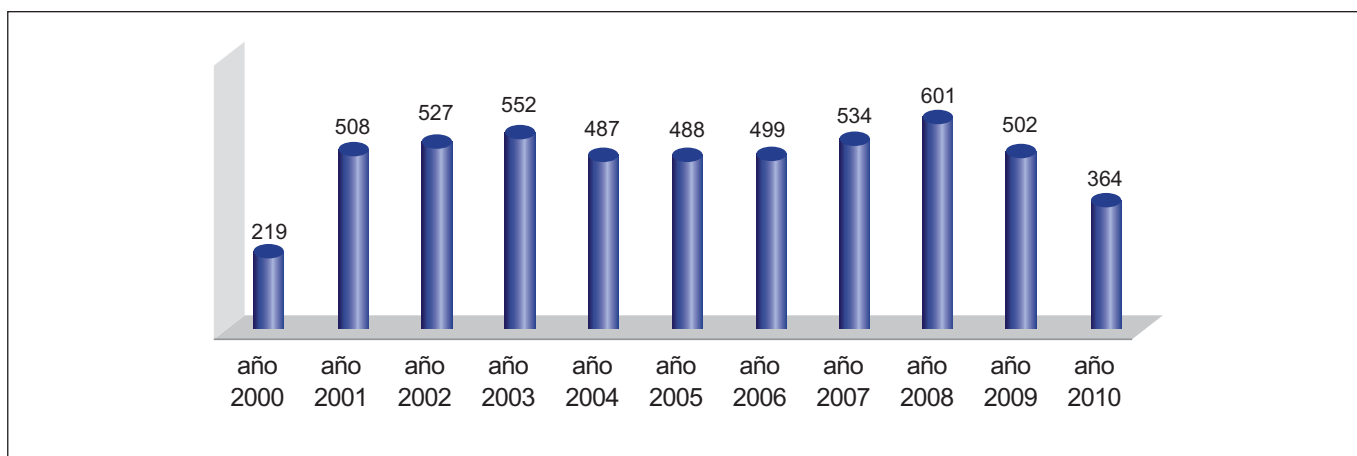


Figura. Accidente de Trabajo + Lumbalgia. Evolución de la jurisprudencia por años (2000-2010).

En todos los años analizados y en todos los bloques la prioridad del ámbito de lo social sobre el resto es evidente, constituyendo con diferencia el porcentaje mayoritario de las sentencias, superando en todos los casos y años el 72% sobre el total de las sentencias contabiliza-

das, siendo ese porcentaje aún mayor cuando se trata de las patologías en concreto, hernia discal o lumbalgia y su relación con el accidente de trabajo. En estos casos, todos los porcentajes en el ámbito de lo social superan el 85%.

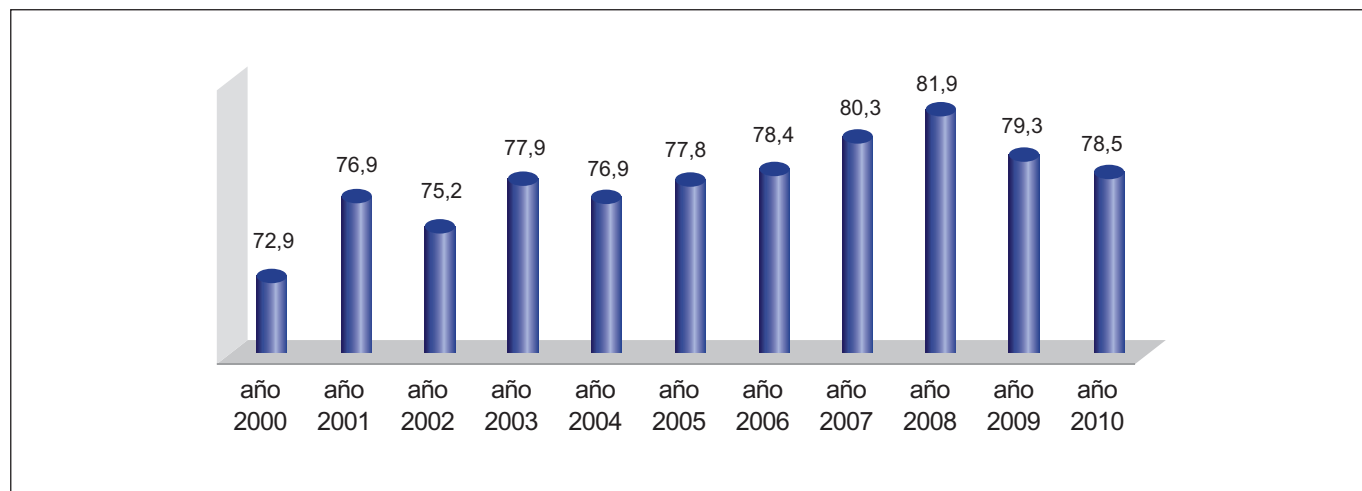


Figura. Porcentaje de sentencias de Accidente de Trabajo en el orden social (años 200-2010).

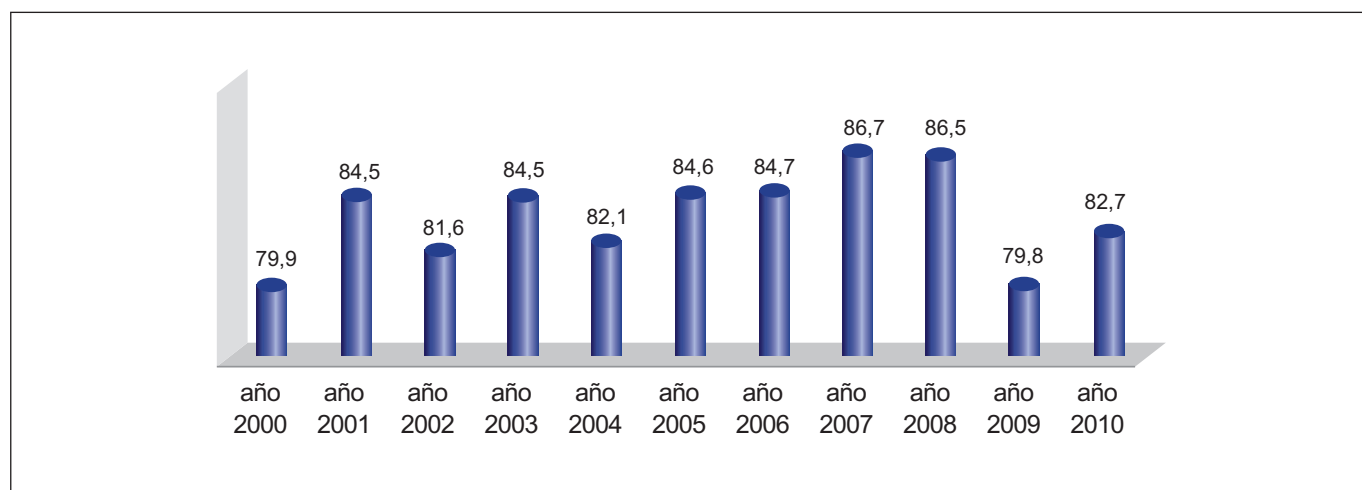


Figura. Porcentaje de sentencias de Enfermedad Profesional en el orden social (años 200-2010).

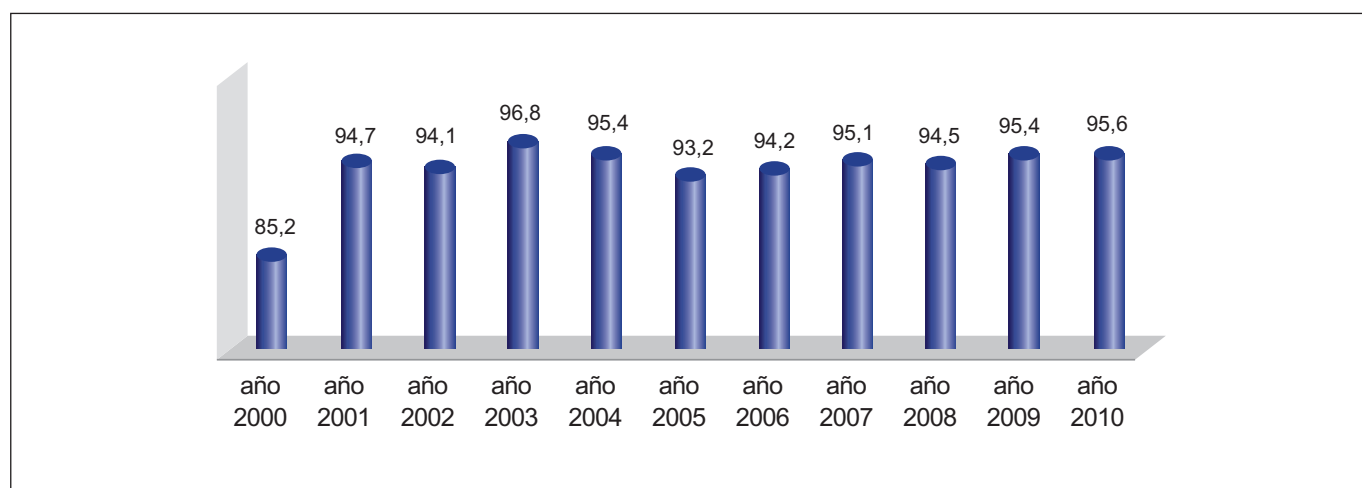


Figura. Porcentaje de sentencias de Accidente de Trabajo y hernia discal en el orden social (años 200-2010).

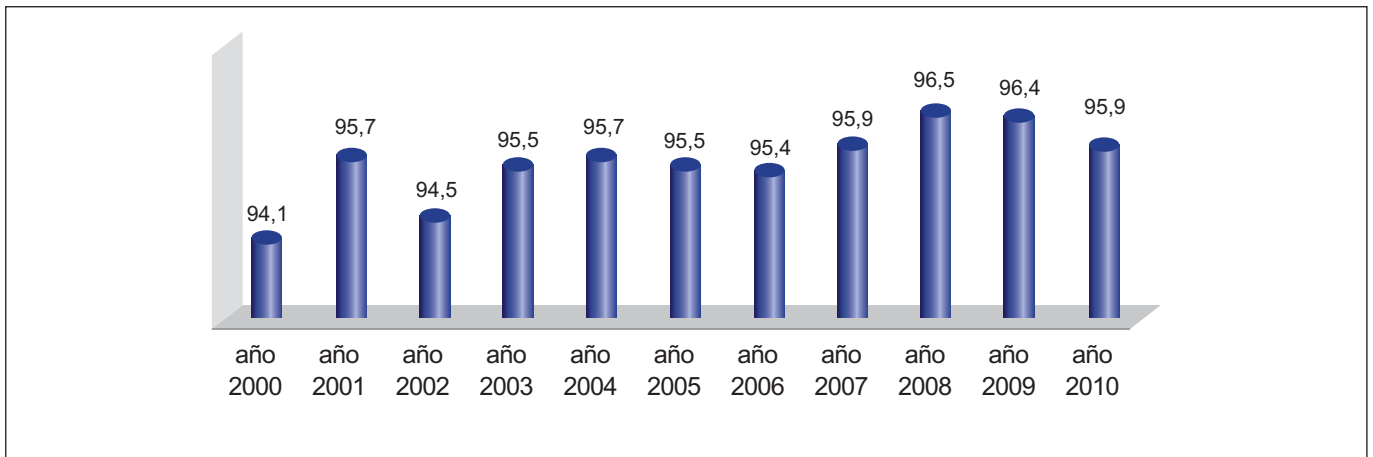


Figura. Porcentaje de sentencias de Accidente de Trabajo y Lumbalgia en el orden social (años 200-2010).

EVOLUCIÓN POR AÑOS DE LA JURISPRUDENCIA EN DAÑO LABORAL EN EL AMBITO DE LO SOCIAL (ACCIDENTE DE TRABAJO- ENFERMEDAD PROFESIONAL)												
Año	Accidente de Trabajo	Social	%	Enfermedad profesional	Social	%	AT Hernia Discal	Social	%	AT Lumbalgia	Social	%
2000	6893	5025	72,9	3541	2830	79,9	263	224	85,2	219	206	94,1
2001	12.906	9927	76,9	6.837	5779	84,5	489	463	94,7	508	486	95,7
2002	12.902	9702	75,2	7.509	6126	81,6	594	559	94,1	527	498	94,5
2003	12.869	10024	77,9	7.495	6336	84,5	595	576	96,8	552	527	95,5
2004	12.091	9298	76,9	7.394	6070	82,1	544	519	95,4	487	466	95,7
2005	11.453	8909	77,8	6.912	5845	84,6	474	442	93,2	488	466	95,5
2006	12.039	9436	78,4	7.427	6292	84,7	451	425	94,2	499	476	95,4
2007	13.836	11112	80,3	8.659	7507	86,7	506	481	95,1	534	512	95,9
2008	14.172	11609	81,9	9.072	7845	86,5	564	533	94,5	601	580	96,5
2009	13.427	10646	79,3	8.834	7046	79,8	504	481	95,4	502	484	96,4
2010	10.234	8036	78,5	6.465	5349	82,7	363	347	95,6	364	349	95,9

Búsqueda realizada el 9 de mayo de 2011. Fuente: http://www.westlaw.es/index_spa.html. Referencia.- Grupo Investigación Medicina del Trabajo (GIMT).

5.3 . Jurisprudencia Comentada

Una vez situados en la repercusión cuantitativa que estas patologías tienen en la jurisprudencia española y cual es su peso específico en cada uno de los órdenes jurisdiccionales, vamos a analizar de forma detallada algunas de las sentencias que destacan en este tema por su relevancia jurídica, y que han sido clasificadas por los expertos en la base de datos consultada por nuestro grupo.100

5.3.1. SENTENCIAS COMENTADAS SOBRE LUMBALGIA

Juzgado de lo Social núm. 3.

Sentencia de 27 mayo 1998. AS\1998\2238

Esta sentencia del Juzgado de lo Social aborda el caso de un trabajador que presta sus servicios en un taller de

chapistería de una empresa de automóviles con la categoría profesional de Oficial de Primera.

El trabajador sufrió un repentino dolor en la región lumbar al tiempo de coger una puerta de un automóvil, emitiéndose informe de accidente de trabajo, acudiendo el trabajador a los servicios médicos de la Mutua XXXX, con quien tenía concertada la empresa la cobertura del riesgo y dirigiéndose posteriormente a un centro hospitalario.

Como consecuencia de dicha dolencia el operario solicitó a la Entidad Gestora que se declarase que la contingencia derivaba de accidente de trabajo, siendo denegada dicha petición por considerar que las lesiones que el trabajador sufre (lumbalgia de larga evolución y espondilolistesis L5-S1) son las causantes del suceso.

El asunto llega al Juzgado ya que el trabajador afectado ejercita una acción declarativa de condena a través

de la cual pretende que el proceso de incapacidad temporal se encadene con otro ocurrido en fecha posterior y, en consecuencia, se declare que la contingencia deriva de accidente de trabajo, o lo que es lo mismo, se declare el derecho a recibir las prestaciones correspondientes a dicho evento, e igualmente se tenga en cuenta esta circunstancia a los efectos oportunos.

El Juzgado concluye que la baja médica tiene su origen en un elemento externo, ajeno, instantáneo y abrupto, como es el dolor súbito que se produce cuando se coge una puerta, que desencadena un cuadro de incapacidad temporal y que, aun cuando es cierto que existen unos padecimientos de base en el demandante que determinan una tendencia a la cronicidad de sus lesiones y el dolor lumbar que se le produce tiene su causa en la enfermedad común, no deja de ser también evidente que el actor sufrió un accidente de trabajo, y que su enfermedad se agravó produciendo la baja médica y la imposibilidad para el trabajo por causa, precisamente, de la actividad laboral que se realizaba, y al coger una puerta se desencadenó el cuadro lesivo. Al ser esto así, nos encontramos ante un supuesto de accidente de trabajo.

Sentencias a favor:

TSJ Asturias, sentencia núm. 2638/2000 de 22 diciembre 2000. [JUR\2001\67445](#). –sobre accidentes de trabajo.

Tribunal Supremo (Sala de lo Social).

Sentencia de 10 junio 2003. [RJ\2005\4882](#)

El Tribunal Supremo en esta sentencia estima el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por un trabajador contra una sentencia dictada por el TSJ de Andalucía, en un asunto en el que se debate una invalidez.

Se trata de un trabajador con la categoría de Oficial 1ª encofrador, que durante la jornada laboral, al coger un saco, sufrió un fuerte tirón en la zona lumbar, siendo dado de baja por su Mutua.

El actor padecía lumbalgia, espondilolisis con listesis L5, espina bifida, laminectomía L5, extirpación de lipoma intrarraquídeo, lumboartrosis, anterolistesis L5-S1 Grado I, fibrosis postquirúrgica.

El Juzgado de lo Social estima la demanda y declaró al actor en incapacidad permanente absoluta derivada de A.T. con derecho a pensión en la cuantía y efectos reglamentarios.

La citada sentencia fue recurrida en suplicación por el letrado de su Mutua y el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, dictó [sentencia en fecha 21 de febrero de 2002 \(PROV 2003, 3184\)](#), en la que estima el recurso de suplicación interpuesto: “debemos revocar y revocamos dicha sentencia y, en su consecuencia, con desestimación de la demanda interpuesta por el actor, debemos absolver y absolvemos de la misma a los demandados, confirmando la resolución administrativa, por la que declaró al actor afecto de una invalidez permanente total, derivada de enfermedad común”.

Recorre el trabajador en casación para unificación de doctrina invocando como sentencia de contraste la dictada por el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía con sede en Sevilla el [27 de diciembre de 2001 \(PROV 2003, 2693\)](#) en la que se confirmó la sentencia de instancia por la que se desestimaba la demanda interpuesta por la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales frente a la resolución administrativa que declaró la existencia de incapacidad permanente total derivada de accidente de trabajo.

En el análisis de comparación son hechos a destacar los siguientes: en la sentencia de contraste el trabajador, también encofrador, sufrió el 1 de febrero de 1999 una lumbalgia mecánica al coger una chapa, iniciando período de incapacidad temporal que fue soportado por la Mutua. El 21 de marzo de 1999 la Mutua le da el alta por curación y considera que los problemas del raquis que presenta no guardan relación con el accidente. El cuadro clínico que presenta el citado trabajador es el de escoliosis dorsal, ángulo cob 39º a grado III, espondiloartrosis moderada, hernia discal L5, S1, radiculopatía crónica grado medio raíces L2-L5, cuadro que le impide realizar tareas que exijan moderados esfuerzos de raquis. En la sentencia recurrida se parte de una constancia fáctica de 1/1/98 AT, lumbalgia, espondilolisis con listesis L5, espina bifida, laminectomía L5, extirpación lipoma intrarraquídeo (11/99), lumboartrosis, anterolistesis L5-S1 grado I y fibrosis postquirúrgica.

El TS estima el recurso deducido por el trabajador y resolviendo el debate de suplicación confirmamos la sentencia de instancia dictada por el Juzgado de lo Social al entender que la sentencia de contraste es idéntica al caso del trabajador recurrente y en aquel caso se estimó la pretensión del actor.

Sentencias a favor:

TSJ País Vasco, sentencia núm. 2206/2007 de 4 septiembre 2007. [JUR\2008\35959](#). –Sobre accidente de trabajo.

TSJ Aragón, sentencia núm. 321/2007 de 3 abril 2007. [JUR\2007\236035](#). –Sobre accidente de trabajo.

TSJ Castilla-La Mancha, sentencia núm. 9/2006 de 12 enero 2006. [JUR\2006\33847](#). –Sobre accidente de trabajo.

TSJ Madrid, sentencia núm. 523/2008 de 3 julio 2008. [AS\2008\2316](#). –Sobre consideración de accidente de trabajo a la agravación de enfermedades padecidas con anterioridad.

Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Granada (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia núm.

530/2006 de 22 febrero. [JUR\2007\188747](#)

Examina esta sentencia el caso de un trabajador que cuando prestaba servicios por cuenta y bajo la dependencia como oficial de 1ª de la empresa constructora sufrió lumbalgia al levantar una piedra.

La problemática que se plantea es si la contingencia sufrida lo es por accidente laboral o deriva de enfermedad común.

La Sala concluye que el trabajador demandante se hallaba curado de la lumbalgia sufrida como consecuencia de un accidente laboral anterior y que en consecuencia la contingencia determinante del proceso de IT posterior es la de enfermedad común.

Tribunal Superior de Justicia de Asturias (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia núm. 875/2010 de 19 marzo. JUR\2010\164017

La sentencia trata el caso de un trabajador que se encuentra afiliado a la Seguridad Social en el Régimen General con la categoría profesional de Oficial de 1ª encuadrador y que presta sus servicios para una empresa privada.

El trabajador inició un proceso de incapacidad temporal en la contingencia de enfermedad común, pero a instancias del propio trabajador se inicia expediente de cambio de contingencia a los fines de que el período de baja sea considerado de accidente de trabajo, recayendo Resolución de la Dirección Provincial del INSS, en el que resuelve: Declarar el carácter común de la Incapacidad Temporal y determinar como responsable siempre que se tenga derecho a la prestación económica de este subsidio de Incapacidad temporal al INSS.

El actor está diagnosticado de:

Lumbalgia irradiada a MID. Diagnosticado por radiología de espondilosis L5-S1 grado II-III L5-S1 con herniación circunferencial difusa y afectación foraminal bilateral.

El trabajador en cuestión, cuando estaba trabajando sufrió un tirón lumbar: colocando una bovedilla, rompió la que estaba pisando con el miembro inferior derecho, se hundió un poco, se giró y cayó sentado notando un pinchazo grande en la zona lumbar. Fue asistido por los servicios médicos de la Mutua donde le pautaron tratamiento farmacológico, y no se le dio baja médica al comenzar sus vacaciones. Posteriormente acude de nuevo a los Servicios médicos de la Mutua donde le diagnostican de cervicalgia.

El Juzgado de lo Social estimando la demanda formulada por el actor, declaró que el proceso de incapacidad temporal iniciado por dicho interesado deriva de accidente de trabajo.

Frente a esta resolución se articula por la Mutua co-demandada recurso de suplicación y la Sala estima el recurso deducido por la Mutua haciendo una exégesis de la doctrina uniformemente mantenida por el Tribunal Supremo en los últimos años acerca del concepto de accidente de trabajo y de la presunción establecida en el artículo 115.3 de la Ley General de la Seguridad Social.

El concepto legal de accidente de trabajo se expresa como “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena” (artículo 115.1). Se configura así el accidente laboral a través de tres elementos: lesión, trabajo por cuenta ajena y relación entre lesión y trabajo, elemen-

tos generosamente interpretados desde antiguo por la jurisprudencia del Tribunal Supremo, en aras de la máxima protección al trabajador.

Así el concepto de lesión, que sugiere la idea de acción o irrupción súbita o violenta de agente exterior o, en la definición de accidente de trabajo de la Ley de 8 de octubre de 1980 como “lesión corporal que procede de una causa fortuita espontánea, exterior y violenta, independiente de la voluntad del asegurado” fue ampliado desde la sentencia del Tribunal Supremo iniciadora de la línea doctrinal consolidada, a las lesiones de evolución insidiosa o lenta y tanto a la herida manifestada externamente como a la dolencias sin manifestación externa notoria, y al trastorno fisiológico y funcional.

Igualmente el elemento objetivo del trabajo vio ampliado su ámbito de aplicación, por lo que concierne a la calificación laboral del accidente, mediante las figuras del accidente de trabajo “in itinere” y el accidente de trabajo en “misión”.

Por su parte el nexo causal entre los otros dos elementos, expresado en la frase “con ocasión o por consecuencia” continua siendo una exigencia ineludible para la calificación como legal del accidente, marcando con claridad que la responsabilidad por éste deriva del riesgo profesional. Sin embargo, tradicionalmente la exigencia resulta debilitada en un doble aspecto, el primero porque la “ocasionalidad” proporciona al concepto de accidente de trabajo una gran fuerza expansiva, y el segundo por la presunción legal “iuris tantum” de la existencia de tal nexo cuando las lesiones las sufra el trabajador durante el tiempo y lugar de trabajo.

En el supuesto debatido señala la Sala, el actor está diagnosticado de “lumbalgia irradiada a miembro inferior derecho. Diagnosticado por RX de espondilolistesis L5-S1, grado II-III. L5-S1 con herniación circunferencial difusa y afectación foraminal bilateral”, dolencias que tienen una etiología común, por lo que procede examinar si, como se afirma en la resolución impugnada, presentan las características del accidente de trabajo.

La Sala concluye que debe afirmarse, a diferencia de la resolución impugnada, que las referidas dolencias, dadas sus características y etiología, excluyen las características del accidente de trabajo, destruyendo la presunción de laboralidad ya que, conforme exige la doctrina jurisprudencial, en los mencionados hechos probados se acreditó de manera suficiente la falta de relación entre la lesión padecida y el trabajo realizado, desvirtuándose de esta manera la existencia de dicho nexo causal, por lo que la situación de incapacidad temporal iniciada por el demandante no puede derivar de accidente de trabajo, sino de enfermedad común.

Tribunal Superior de Justicia de Asturias (Sala de lo Social). Sentencia núm. 2277/2001 de 19 octubre. AS\2001\3934

La sentencia de la Sala aborda el caso de un trabajador que presta sus servicios laborales para una empresa minera con la categoría profesional de Picador.

El trabajador acude al Botiquín del pozo donde prestaba sus servicios por haber sentido un dolor de espalda, siendo anotado en el libro de primeras curas como "Refiere lumbalgia".

Inicia un proceso de Incapacidad Temporal derivado de accidente no laboral causando alta por mejoría pero en fechas posteriores se diagnostica protusión discal difusa en L4-L5.

Posteriormente en resonancia magnética se diagnostica "discretos signos degenerativos a nivel L4-L5" y en escáner lumbar se diagnostica una hiperlordosis con horizontalización del sacro y alteraciones osteoartrosicas a nivel somas vertebrales L4-L5.

El INSS resuelve la reclamación presentada por el trabajador en solicitud de valoración de contingencia declarando el carácter común de la Incapacidad Temporal, y el trabajador interpone reclamación previa que es resuelta en resolución del INSS desestimándola.

Igualmente el Juzgado de lo Social desestima la demanda del actor sobre cambio de contingencia de una incapacidad temporal.

El trabajador recurre la sentencia desestimatoria por entender que las dolencias que presenta y que se recogen en el relato fáctico son merecedoras de inclusión en dichos preceptos por cuanto aunque tuviera una patología anterior lo cierto es que hasta la fecha de la baja había desarrollado su trabajo con normalidad.

La Sala desestima el recurso alegando que el demandante que presta servicios como picador en la empresa cuando acudió al botiquín refirió lumbalgia y al siguiente día laborable acudió de nuevo al botiquín por dolor lumbar sin que se apreciara en la exploración clínica, tal como se señala con carácter de hecho probado en el primer fundamento jurídico, contractura muscular, impotencia funcional o alteración de los reflejos osteotendinosos, por lo que se descarta una lumbalgia aguda de esfuerzo causando baja al día siguiente expedida por su médico de cabecera, de modo que no hay constancia de que un elemento externo, objetivable y abrupto desencadenara la patología que subsiguientemente originó el subsidio por lo que la carencia del elemento básico del accidente lleva consigo la confirmación de la sentencia recurrida, puesto que para subsumir un supuesto en el artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social hemos de estar ante hechos en que la patología esté motivada de modo directo por la actividad profesional y esta relación de causalidad indispensable siempre en algún grado para la calificación de accidente de trabajo no aparece acreditada en el caso que nos ocupa, pues como queda dicho la aparición de la lesión no se debe a ninguna actividad o esfuerzo, por lo que debe entenderse que se está padeciendo la consecuencia de una enfermedad no relacionada con el puesto de trabajo siendo de destacar al respecto que el trabajador ya tenía alteraciones en la columna lumbar, concretamente en el mismo espacio donde ahora se detecta una protusión discal. De ahí que, como queda dicho, proceda confirmar la sentencia recurrida al no existir la infracción que se denuncia.

Sentencias a favor:

TSJ Cataluña, sentencia núm. 1896/2006 de 1 marzo 2006.[JUR\2006\237623](#). –sobre accidentes de trabajo

TSJ Cataluña, sentencia núm. 5804/2005 de 4 julio 2005. [JUR\2006\233619](#) –Sobre IT

TSJ País Vasco, sentencia núm. 2189/2004 de 2 noviembre 2004.[JUR\2005\41208](#). –sobre accidentes de trabajo.

TSJ Castilla y León, Valladolid, sentencia núm. 1069/2003 de 23 septiembre 2003.[JUR\2004\74523](#). –sobre accidentes de trabajo.

Normativa considerada:

(Disposición Vigente) Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio. [RCL 1994\1825](#), art. 115. 2 e): aplica norma.

Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia núm. 279/2006 de 13 marzo. [AS\2006\1148](#)

La sentencia aborda el caso de un trabajador que ha venido prestando servicios laborales por cuenta y orden de una empresa constructora con la categoría profesional de Peón y cuya empresa tiene concertados, en virtud del correspondiente Convenio de Asociación, los riesgos profesionales de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales con la Mutua actora.

El trabajador sufrió accidente de trabajo, causando situación de Incapacidad Temporal por dicha contingencia, a partir del mismo día, con el diagnóstico de lumbalgia post-esfuerzo, y en la que permanece hasta que es dado de alta médica, por curación.

Posteriormente causa situación de Incapacidad Temporal, en esta ocasión por la contingencia de enfermedad común, con el diagnóstico de enfermedad degenerativa discal L5-S1.

El trabajador entre el alta del AT y la baja por EC no llegó a reincorporarse efectivamente a su trabajo.

El trabajador padece enfermedad degenerativa del disco L5-S1 que además se acompaña de una pequeña hernia póstero-lateral izquierda que contacta con la zona emergente de la raíz S1 izquierda.

La presente sentencia aborda dos cuestiones diferentes:

Por un lado determinar si el proceso de IT iniciado por el trabajador demandante deriva de enfermedad común y no guarda relación con el accidente de trabajo que sufriera anteriormente.

Y por otro determinar el órgano competente para la declaración y control de las situaciones de incapacidad.

En cuanto al primer asunto, la Sala señala que la contingencia sufrida por el trabajador deriva de accidente de trabajo, lo cual es recurrido por la Mutua al entender que el proceso de IT iniciado por el trabajador deriva de enfermedad común. La Sala desestima el recurso de la Mutua, pues en relación a la baja no hay razón objetiva ni

médicamente solvente para desvincularla de las consecuencias del accidente sufrido en fechas próximas y vincularla con aquella patología degenerativa que se dice de data antigua cuando la clínica dolorosa lumbar se manifiesta o agudiza, hasta el punto de impedirle siquiera transitoriamente su actividad, con ocasión del citado accidente, lo que es suficiente para calificar de laboral la contingencia, ex art. 115.2.f) LGSS (RCL 1994, 1825).

Respecto de la segunda la Sala recogiendo los criterios de sentencias anteriores afirma la competencia del INSS a la hora de resolver, en vía administrativa, las discordias planteadas sobre contingencia determinante de incapacidad temporal.

Sentencias a favor:

TSJ País Vasco, sentencia núm. 21/2007 de 9 enero 2007. AS\2007\1341. –Sobre la aplicación de la tesis de la recaída.

TSJ Cataluña, sentencia núm. 7891/2006 de 14 noviembre 2006. AS\2007\1249. –Sobre competencias en materia de prestaciones de incapacidad temporal.

TSJ Cataluña, sentencia núm. 6351/2006 de 27 septiembre 2006. AS\2007\1328. –Sobre competencias en materia de prestaciones de incapacidad temporal.

TSJ País Vasco, sentencia núm. 2007/2006 de 5 septiembre 2006. AS\2007\978. –Sobre competencias en materia de prestaciones de incapacidad temporal.

TSJ Madrid, sentencia núm. 447/2006 de 5 junio 2006. AS\2006\3320. –Sobre competencias en materia de prestaciones de incapacidad temporal.

TSJ Castilla y León, Valladolid, sentencia núm. 794/2005 de 16 mayo 2005. AS\2005\1169–Sobre competencias en materia de prestaciones de incapacidad temporal.

Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid (Sala de lo Social). Sentencia de 20 febrero 2001. AS\2001\1344

La sentencia de la Sala trata el caso de un trabajador que ha venido prestando servicios por cuenta de una empresa minera con categoría profesional de Ayudante Minero.

El trabajador sufrió un accidente de trabajo, según relata el preceptivo Parte de Accidente de Trabajo “cuando le iba a dar una pieza de madera al picador, me resentí en la espalda accidentándome”, causando baja médica en esa misma fecha con el diagnóstico de “lumbalgia”.

Posteriormente fue dado de baja médica por enfermedad común por parte de los Servicios Médicos del Insalud, seguido a instancia del trabajador.

El trabajador hallándose en situación de baja médica por enfermedad común solicitó pensión de invalidez permanente derivada de accidente de trabajo que, previa tramitación del oportuno expediente administrativo, fue denegada por sentencia del Juzgado de lo Social. La referida resolución judicial, que devino firme, confirmó la adoptada en vía administrativa, considerando que las do-

lencias padecidas por el actor no eran constitutivas de incapacidad permanente en grado alguno por no encontrarse agotadas las medidas terapéuticas.

Posteriormente y ante la agravación de las dolencias iniciales, volvió a solicitar la pensión pero esta vez su petición fue acogida con las siguientes dolencias:

Del 31-1-1994 al 30-7-1995 (Hernia discal y lumbalgia).

Del 17-12-1996 al 7-2-1997 (Lumbalgia).

Del 3-3-1997 al 24-3-1998 (Lumbalgia).

Del 28-12-1998 y continúa (Lumbalgia).

La Mutua recurre la resolución y el asunto se judicializa.

La sentencia del Juzgado de lo Social es recurrida por la Mutua argumentando que no puede sostenerse que las dolencias del trabajador, que dieron lugar a los procesos de incapacidad temporal, tengan su causa o se hayan agravado como consecuencia del accidente sufrido por el trabajador.

La Sala desestima el recurso y sostiene que en autos consta que el trabajador sufrió un accidente laboral el día 25 de enero de 1993 (cuando iba a dar una pieza de madera a un picador sintió un dolor en la espalda) determinante de baja por lumbalgia, que el día 31 de enero de 1994 causó baja por hernia discal y lumbalgia, y que el 17 de diciembre de 1996, 3 de marzo de 1997 y 28 de diciembre de 1998 causó nuevas bajas por idéntica dolencia. Y se ha afirmado la equivocación del argumento sustentado en recurso porque además de la falta de antecedentes previos al accidente de 25 de enero de 1993, consta que la primera baja por lumbalgia lo fue por accidente laboral, y si bien no consta que en ella le fuera detectada la existencia de hernia discal lumbar no es menos cierto que tampoco aparece se le practicasen pruebas encaminadas a determinar si tal dolencia existía o no, al tiempo que sí aparece acreditado que la hernia existía en 8-1993 y que desde ese momento se han venido sucediendo situaciones de baja por incapacidad temporal, todas ellas derivadas de lumbalgia y con largos períodos de duración, con lo que la conclusión del Magistrado de instancia, que afirmó la existencia de relación de causalidad entre el primer accidente y las posteriores bajas, no puede calificarse de irrazonable, máxime cuando no consta accidente posterior alguno (laboral o no) y no cabe excluir, desde el punto de vista médico, que el origen de la dolencia padecida se encuentre, precisamente, en el esfuerzo realizado en el mes de enero de 1993.

Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia núm. 2858/2006 de 6 abril. JUR\2006\263101

Esta resolución judicial trata el caso de un trabajador que se halla afiliado a la Seguridad Social, en situación de alta en el régimen general y cuya profesión habitual es la de Oficial Albañil, que estuvo en situación de incapacidad temporal por accidente de trabajo con el diagnóstico de lumbalgia post-esfuerzo.

El trabajador, con antecedentes patológicos de lumbalgias de larga evolución, inicia expediente que culmina con resolución en la que se le declaró en situación de incapacidad permanente total, derivada de enfermedad común.

El asunto llega a los Juzgados porque el trabajador sostiene que las “dolencias” que originan el parte de baja médica por el accidente hasta la declaración de la incapacidad permanente en grado de total, pasando por la incapacidad temporal, resultan derivadas de accidente de trabajo.

La Sala acoge el recurso y señala que no puede rechazarse la petición del trabajador sobre la base de que presenta como antecedentes médicos “lumbalgias de repetición”, pues “esta patología previa (que no condicionó su capacidad de trabajo hasta la fecha) no destruye la presunción de laboralidad” en un supuesto en el que el accidente de trabajo sufrido por el trabajador demandante desencadenó la declaración de invalidez para su profesión habitual sobre la base de esfuerzo lumbar.

Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia núm. 235/2005 de 13 enero. AS\2005\356

La sentencia de la Sala aborda los supuestos de enfermedades comunes contraídas con motivo de la realización del trabajo y agravación de enfermedades o defectos padecidos con anterioridad. En concreto el de lumbalgia por sobreesfuerzo: anterior baja médica por accidente de trabajo.

La sentencia sostiene la tesis de que, aunque el nuevo episodio no se desencadene con motivo u ocasión del trabajo, la inmediatez en el tiempo respecto del accidente de trabajo permite aplicar la tesis de la recaída.

El caso en cuestión afecta a un trabajador que presta sus servicios como limpiador y que sufre un accidente de trabajo –consistente en una lumbalgia de esfuerzo–, cuando realizaba tareas para la empresa codemandada, que tenía aseguradas las contingencias en la Mutua actora, hallándose al corriente del pago de las respectivas cuotas.

Como consecuencia de dicho accidente el trabajador inició proceso de incapacidad temporal. El trabajador es dado de alta por la Mutua, pero en fechas posteriores inicia nueva baja por lumbalgia de esfuerzo por recaída, cuya contingencia ahora se discute.

El INSS resolvió considerar la baja médica iniciada por el trabajador, como derivada de accidente de trabajo, imputándose la responsabilidad económica a la Mutua.

El Juzgado de lo Social estima la demanda y la Mutua recurre frente a la sentencia que desestima su pretensión de que se declarara que la incapacidad temporal del trabajador demandado obedecía a enfermedad común, y no a accidente de trabajo, como resolvió el INSS.

La problemática a examinar se constriñe de modo específico a los supuestos de lumbalgias por sobreesfuerzo. El mecanismo de presunción de laboralidad de la

dolencia que se halla insito en nuestro ordenamiento jurídico, al atribuir la consideración de accidente de trabajo a «toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia de del trabajo que ejecute por cuenta ajena», hace que deba rechazarse la consideración de una afectación vertebral anterior al acaecimiento de la contingencia. No es imprescindible que la actividad laboral sea la causa única de la lesión. Por ello no pierde la condición de accidente de trabajo la lumbalgia sobrevenida en el tiempo y con ocasión del trabajo aunque el trabajador afectado presentara ya, de modo previo, alguna degeneración discal o vertebral. Todo ello conduce a la Sala a desestimar el recurso.

Sentencias a favor:

TSJ Castilla-La Mancha, sentencia núm. 897/2009 de 27 mayo 2009. AS\2009\1713 –Sobre accidente de trabajo.

TSJ País Vasco, sentencia núm. 21/2007 de 9 enero 2007. AS\2007\1341. –Sobre la aplicación de la tesis de la recaída.

Tribunal Superior de Justicia de Islas Canarias, Las Palmas (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia de 29 marzo 2004. JUR\2004\142276

Esta sentencia aborda el caso de un trabajador en alta en el Régimen General de la Seguridad Social que venía prestando servicios con categoría de Agente Servicios Auxiliares, para la empresa demandada dedicada a las líneas aéreas.

El trabajador sufrió un accidente cuando manipulaba paquetes de mercancías, por lo que la Empresa le dio de baja con el diagnóstico de lumbalgia por esfuerzo, permaneciendo de baja hasta fue dado de alta por curación.

Tras las vacaciones, después de trabajar doce días, fue de nuevo baja por IT por accidente, con el mismo diagnóstico de lumbalgia de esfuerzo.

El asunto llega a los tribunales y el Juzgado de lo Social estima la demanda y declara que: las hernias discales padecidas por el actor, traen causa del accidente de trabajo sufrido, así como el derecho de la parte actora a ser considerada en situación de IT derivada de accidente de trabajo.

Interpuesto por la empresa el pertinente recurso, la Sala lo desestima alegando que el supuesto que nos ocupa, el de un trabajador que cumpliendo con los cometidos de su puesto de trabajo y durante la jornada laboral, sufre un traumatismo lumbar al realizar el esfuerzo de cargar equipajes en la bodega de un avión diagnosticándosele una lumbalgia de esfuerzo, se cumplen con creces todos y cada uno de los requisitos necesarios para que se estime existente un accidente de trabajo, encontrándonos ante un supuesto paradigmático de tal figura jurídica. Así mismo, las lesiones que presentaba el actor, una hernia discal C5-C6 y una radiculopatía C6-C8, se derivaban del anteriormente referido accidente de trabajo

y las mismas precisaban de asistencia médica y le impedían realizar las tareas propias de su profesión habitual.

Sentencias a favor:

TSJ Madrid, sentencia núm. 230/2004 de 19 febrero 2004. [AS\2004\2239](#). –Sobre las empresas colaboradoras en materia de Seguridad Social y la imposibilidad de trasladar su responsabilidad.

TSJ Cataluña, sentencia núm. 412/2000 de 18 enero 2000. [AS\2000\5333](#). –Sobre las empresas colaboradoras en materia de Seguridad Social y la imposibilidad de trasladar su responsabilidad.

Tribunal Superior de Justicia de País Vasco (Sala de lo Social, Sección 2ª). Sentencia de 1 junio 2005.

[AS\2005\2293](#)

En la presente sentencia la Sala aborda el caso de un trabajador que viene prestando sus servicios profesionales con la categoría de Peón por cuenta de una empresa ferroviaria.

Esta empresa tiene aseguradas los riesgos profesionales, así como la prestación económica de incapacidad temporal por contingencias comunes con la Mutua.

El trabajador, mientras realizaba su trabajo y, concretamente, al golpear con el mazo para romper el sobrante de las piezas, sintió un tirón o pinchazo lumbar.

Al finalizar su jornada de trabajo, dado que no cesaba el dolor, acudió a los servicios médicos de la Mutua, que le prescribieron medicamentos sin darle de baja laboral.

Posteriormente, el trabajador acude nuevamente a los servicios sanitarios de la Mutua refiriendo que el dolor no ha cesado, siendo diagnosticado de Lumbalgia e iniciándose tratamiento de la misma, sin darle de baja laboral.

Se le realiza por la Mutua una RMN que objetiva: ligera escoliosis; Deshidratación de los dos últimos discos lumbares con mínima protusión dorsocentral incipiente inespecífica en L4-L5 y pequeña herniación posterolateral izquierda contenida L5-S1 que contacta con raíz S1 homolateral.

La Mutua, al considerar que sus dolencias eran consecuencia de una patología degenerativa de base, remitió al trabajador a su médico de atención primaria para control y seguimiento.

Se le realiza otra RMN, encargada por los servicios médicos hospitalarios cuya conclusión es: discopatía degenerativa L4-L5 y L5-S1; hernia Discal dorsocentral-dorsolateral izda L5-S1 con efecto comprensivo sobre la raíz S1 izquierda; disminución de calibre de los forámenes de conjunción L4-L5 y L5 S1 de lado izdo., en relación con protusión discal, que se acompaña de rodete osteofitario situándose en contacto con las raíces L4 y L5 de forma más llamativa con la primera citada, sin poder descartar repercusión sobre las mismas.

El trabajador es dado de baja laboral por el médico de cabecera, iniciando un proceso de incapacidad temporal por contingencias comunes con diagnóstico de ciática izquierda.

Tramitado expediente de determinación de contingencia a instancia del trabajador, el INSS dicta resolución con valor de reclamación previa declarando que el proceso de baja iniciado debe ser atribuido a la contingencia de accidente de trabajo por:

- Lumbalgia aguda (sin irradiación): 26-7-2000, permaneciendo de baja laboral hasta el 14-8-2000.
- Ciática izquierda: 12-4-2002 que fue objeto de tratamiento y seguimiento y remitido al servicio de traumatología 23-4-2002.

Mediante sentencia dictada por el Juzgado de lo Social se desestimó la demanda formulada por Mutua en solicitud de que se revocara la resolución administrativa que estableció que el proceso de IT con diagnóstico ciática izquierda en que permaneció el trabajador derivaba de AT y en coherencia con ello se declarase judicialmente que el mismo era atribuible a contingencias comunes, fundando tal pronunciamiento en que la lesión determinante de la situación de incapacidad temporal litigiosa era secundaria al accidente sufrido el 21-06-2002, que fue el desencadenante de que la afección articular de etiología común que aquejaba afectado comenzara a producir sintomatología impidiéndole para el trabajo.

La Sala estima el recurso interpuesto por la Mutua frente a la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social y sostiene que el proceso de incapacidad temporal objeto del procedimiento debe relacionarse y trae su causa exclusivamente la patología lumbar derivada de enfermedad común crónica padecida por el trabajador que ya originó una baja por idéntico motivo en el año 2000 y desde abril 2002 estaba produciendo manifestaciones clínicas y siendo objeto de tratamiento y control médico por el SVS, sin que su curso y evolución resultasen alterados por el accidente.

El elemento clave para excluir la relación de causalidad del proceso de baja de 19-09-2002 con el pinchazo lumbar sentido en el trabajo el 21-06-2002, se encuentra en que en el momento de producirse el accidente en cuestión el trabajador llevaba ya más de tres meses presentando manifestaciones clínicas de su enfermedad y las mismas estaban siendo tratadas, estudiadas y controladas por su médico de cabecera y por el especialista en traumatología, al que el demandado acudió el mismo día 21-06-2002, sin que conste que el sobreesfuerzo en el trabajo en que consistió el accidente empeorara la sintomatología previa, que continuó igual que con anterioridad sin tener entidad impeditiva para el trabajo, no siendo hasta varios meses después del accidente y sin vinculación alguna con el mismo cuando la enfermedad tuvo repercusión invalidante y se inició el proceso de incapacidad temporal litigioso.

La Sala concluye que no cabe pues afirmar que el accidente hiciera salir a la lesión de su estado silente, pues como hemos manifestado la lumbalgia ya llevaba produciendo sintomatología desde hacía varios meses y para paliarla se había pautado tratamiento farmacológico, calor local y medidas higiénico posturales, que fue la misma indicación terapéutica realizada por los médicos de la Mutua el 24-06-2002.

Sentencias a favor:

TSJ País Vasco, sentencia de 7 febrero 2006.[AS\2006\1377](#). – Sobre los requisitos para la consideración como accidente de trabajo de enfermedades padecidos con anterioridad.

TSJ País Vasco, sentencia núm. 2189/2004 de 2 noviembre 2004.[JUR\2005\41208](#). – Sobre la agravación de lesiones padecidas con anterioridad al accidente.

TSJ La Rioja, sentencia núm. 344/2000 de 2 noviembre 2000.[JUR\2001\28454](#). – Sobre la agravación de lesiones padecidas con anterioridad al accidente

Tribunal Superior de Justicia de País Vasco (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia núm. 2522/2009 de 3 noviembre. [AS\2010\774](#)

La sentencia aborda el caso de un trabajador que viene padeciendo diversos periodos de IT por contingencias profesionales y en relación a episodios de lumbalgia tras la realización de sobreesfuerzos en su trabajo.

El afectado sufre un accidente de tráfico con resultado de lumbalgia postraumática, iniciando período de IT por contingencia de enfermedad común del que causó alta, por mejoría que permitía la realización de su trabajo habitual.

Reincorporado a su actividad laboral, le fue recomendada la colocación de unas torres de vigilancia e iniciada la jornada laboral y mientras agujereaba con el taladro eléctrico la solera de hormigón, notó un tirón en la espalda, acudiendo seguidamente a los Servicios médicos de su Mutua, que consideró que el incidente era recaída del anterior por accidente de tráfico, siéndole expedido el parte de baja por su MAP con diagnóstico de lumbalgia.

El INSS resuelve que el proceso de IT deriva de contingencia secundaria a accidente no laboral.

El trabajador acude al Juzgado de lo Social, que en virtud de sentencia estima la demanda y declara que el periodo de IT iniciado por el actor deriva de la contingencia de accidente de trabajo.

Frente a dicha Sentencia se interpuso el Recurso de Suplicación por Mutua que es desestimado por la Sala fundamentando que la situación de IT iniciada por el trabajador demandante deriva de la contingencia de accidente de trabajo, tal como la instancia ha declarado.

La Sala sostiene que nos hallamos ante un trabajador que fue dado de alta la víspera de una situación de IT derivada de enfermedad común y que, al inicio de la jornada laboral, al agacharse para realizar una perforación con un taladro para la instalación de una torre de vigilancia, sufre un tirón en la espalda, siendo así que a la fecha del alta, esto es, el día anterior, no padecía secuela ni limitación alguna en su columna vertebral.

No se niega que ese accidente de tráfico que provocó la anterior situación de IT hubiera podido debilitar su ya delicada columna, pero lo cierto es que el trabajador había sido dado de alta sin secuelas, que se incorporó a su trabajo y que en el curso del desempeño del

mismo sufrió un tirón que ha motivado una nueva situación de IT.

Ello no es sino un claro accidente de trabajo, puesto que se trata de una lesión sufrida con ocasión del desempeño del trabajo (artículo 115.1 LGSS) y a la que, en su caso, también podría serle de aplicación la doctrina referida a la presunción contenida en el artículo 115.3 del mismo texto legal, toda vez que fue en tiempo y lugar de trabajo cuando se ha generado la nueva situación lesiva.

Tribunal Superior de Justicia de País Vasco (Sala de lo Social). Sentencia de 5 abril 2005. [AS\2005\613](#)

La sentencia trata el supuesto de un trabajador que presta sus servicios laborales como fresador para una empresa.

El operario en cuestión sufre episodio de dolor lumbar al agacharse a coger un objeto del suelo mientras prestaba su trabajo, por lo que la empresa extendió parte de accidente de trabajo.

A consecuencia de lo anterior es tratado por la Mutua demandante, causando baja hasta la fecha en que es dado de alta por curación, y tras un período de vacaciones, al reincorporarse al trabajo y persistir las molestias, requiere nuevamente asistencia por la Mutua demandante, que se la deniega y le remite al médico de cabecera, causando baja por contingencias comunes.

Iniciado expediente para la determinación de la contingencia, previo informe médico, por la entidad gestora se dicta resolución por la que se atribuye a accidente de trabajo la baja iniciada.

Las lesiones que acredita el demandante durante la situación de baja litigiosa son posible sacralización de L5, discopatía degenerativa y pequeña protusión discal L4-L5.

La parte dispositiva de la Sentencia del Juzgado de lo Social desestima la demanda interpuesta por la Mutua de Accidentes de trabajo frente a la empresa

Frente a la anterior sentencia interpone recurso de suplicación la Mutua demandante sosteniendo que nos encontramos ante una patología común, de tal manera que un simple suceso no puede determinar una situación de I.T. prolongada, y se incide en que el trabajador después del alta se reincorporó a su trabajo, demostrando una capacidad laboral, y existiendo una interrupción de prácticamente un mes entre el alta y la nueva baja médica.

La Sala desestima el recurso y afirma que el proceso es único y común, tanto en su desencadenamiento como en el afloramiento de determinadas patologías, por lo que el suceso debe venir encuadrado dentro de la continuidad del accidente desencadenante, que absorbe y aglutina la totalidad del período de incapacidad, sin que sea cuestionable que el evento no nazca de accidente de trabajo, y es por ello que no ha existido una rotura de la presunción del art. 115 LGSS, sino al contrario un actuar conforme al suceso inicial.

En efecto, además de tenerse en cuenta la edad del trabajador y su profesión, el hecho primordial es el suceso por el que se padece un dolor lumbar al tiempo en

que se realiza una actividad laboral, en la recogida de un objeto del suelo, y desde aquí se inicia todo el proceso, proceso en el que, como indica la sentencia recurrida, o bien se ha desencadenado la nueva patología, o se ha agravado aquella preexistente. De todas maneras nos encontramos ante el art. 115, 2, f), o no 1, y siempre con el refuerzo del nº 3 de dicho precepto en orden a la presunción. En consecuencia no podemos admitir las censuras que realiza la recurrente, en cuanto que existe un nexo causal que determina todo el proceso, y la situación de interrupción por vacaciones que ha existido en modo alguno puede oscurecer la real situación sucedida.

Sentencias a favor:

TSJ Castilla y León, Burgos, sentencia núm. 629/2006 de 20 junio 2006. [JUR\2006\211030](#).

TSJ Castilla y León, Valladolid, sentencia núm. 1741/2005 de 2 noviembre 2005. [JUR\2005\271879](#) –Sobre accidente de trabajo.

Tribunal Superior de Justicia de País Vasco (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia núm. 937/2005 de 12 abril. [AS\2005\2688](#)

La sentencia de la Sala trata el caso de un trabajador que presta sus servicios laborales para una empresa con la categoría profesional de Oficial Primera Maquinista, requiriendo sus funciones permanecer en posición sentada dentro de la máquina.

Mientras se encontraba en su lugar de trabajo, sufrió un tirón y molestias en la pierna derecha, se lo dijo al Delegado de Prevención, y continuó trabajando pero en fechas posteriores acude a consulta del Servicio de Salud y le fue expedido parte de baja por contingencias comunes con diagnóstico de «Lumbalgia (con irra./sint. irritat) (L86)», iniciando en dicha fecha proceso de incapacidad temporal.

Posteriormente:

- Acudió a consulta privada de los servicios médicos de La Previsora por «Dolor espalda», sin ingreso y pronóstico leve. Es visto en consulta por Lumbociática derecha y en RMN de 25 de abril se diagnostica «Hernia discal L4-L5 central que contacta con L5».
- Estuvo ingresado en el Hospital confirmando el informe de Traumatología el diagnóstico de hernia del disco central L4-L5; Fue intervenido y se le practicó discectomía abierta.

El trabajador inició expediente de determinación de contingencia solicitando que la incapacidad temporal fuese atribuida a accidente de trabajo, pero el INSS desestima la reclamación.

El Juzgado igualmente desestima la demanda del operario que es recurrida por éste y la Sala también desestima el recurso alegando que el único elemento en común entre los mencionados procesos de incapacidad temporal es el diagnóstico, pero las circunstancias concurrentes hacen que se deba descartar cualquier cone-

xión entre ellos pues no existe constancia alguna de que el origen de ninguna de las bajas previas se hubiera encontrado en alguna acción traumática o violenta de especial intensidad producida en el trabajo que dañara la columna lumbar originando la aparición de la hernia lumbar que motivó la baja litigiosa, sino que se trató de episodios agudos de dolor lumbar vinculados a sobreesfuerzos puntuales que cedieron y fueron adecuadamente resueltos con el oportuno tratamiento en períodos de tiempo de muy breve duración sin mayores repercusiones ni consecuencias, existiendo una absoluta desconexión cronológica entre aquellos y el que ahora se examina que se ha iniciado casi cuatro años más tarde que el inmediatamente anterior que tuvo lugar en el año 2001, mediando asimismo dilatados períodos de tiempo entre éste y el precedente que se produjo en 1989.

Sentencias a favor:

TSJ Navarra, sentencia núm. 327/2006 de 11 diciembre 2006. [JUR\2007\89880](#) –Sobre Enfermedades manifestadas en el lugar de trabajo de etiología común. Lumbalgia.

TSJ Navarra, sentencia núm. 97/2006 de 24 abril 2006. [AS\2006\1228](#) –Sobre el concepto y elementos del accidente de trabajo.

TSJ País Vasco, sentencia núm. 2705/2003 de 25 noviembre 2003. [AS\2004\141](#) –Sobre el concepto y requisitos del accidente de trabajo.

TSJ País Vasco, sentencia núm. 2430/2003 de 21 octubre 2003. [AS\2003\3767](#). –Sobre el concepto y requisitos del accidente de trabajo.

Tribunal Superior de Justicia de País Vasco (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia de 16 diciembre 2003. [JUR\2004\44079](#)

Se examina en esta sentencia el caso de un trabajador afiliado a la seguridad social con la categoría de peón de limpieza y que “como consecuencia” de la actividad laboral presenta las siguientes dolencias:

Exploración apto. Locomotor: Columna Dorso-Lumbar. Movilidad conservada. Distancia dedos-suelo 27 cm. Schöber 3 cm. No contracturas. Lasegue (–) Bragard (–). Extremidades Inferiores Balance articular: Cadera ligera limitación activa en dcha. Pasiva normal. Rodillas balance articular ligera limitación activa en dcha. pasiva normal. TPA y SA pie dcho. en flexión plantar. Déficit en flexo extensión activa en dcha. Pasiva normal. ROT presentes. Amiotrofias y acortamiento de 1,5-2 cms. en E.I.D. Fuerza déficit en E.I.D. Parálisis flácida de E.I.D.

Antecedentes: Poliomielitis, aqueja dolor lumbar continuo, con irradiación al MI. Aqueja dolor discontinuo cervical. Agarrotamiento en miembros inferiores y pérdida de potencia progresiva en el MID, portador de un antiequino. Diagnosticado de Anticoagulante lúpico familiar para el que no precisa tratamiento. Broncopatía en grado leve. Diagnosticado de Síndrome Ansioso.

Radiología: C. Cervical: Moderadas discopatías C4-5, C5-6, C6-7, osteofitos anteriores, posteriores y uncoartrosis. C. Dorsal. Hiperostosis anterior derecha en D7-8-9.

EMG EEII: Afectación crónica intensa en segmento L3-L4 derecho y discretas en el contralateral L3-L4 izdo.

RMN: C.L: 7.6.2001: Alteración difusa de la señal en cuerpos vertebrales, sacro y palas ilíacas. Leves cambios de discopatía degenerativa por desecación en L1-L2, L3-L4, L4-L5 con pequeñas protrusiones circunferenciales no compresivas.

Juicio Diagnostico: Cérvico-Lumboartrosis. Radiculopatía en miembros inferiores

El Juzgado estima la demanda promovida por el trabajador y declara que el proceso de baja por IT iniciado por el actor como consecuencia de un fuerte dolor en la espalda mientras se encontraba realizando sus tareas habituales fue derivado de AT declarando asimismo que la incapacidad permanente total declarada por resolución del INSS deriva de AT, condenando a la demandada a su reconocimiento y a la mutua al abono de la prestación correspondiente.

Frente a dicha resolución se interpuso el recurso de Suplicación por la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

La Sala desestima el recurso sosteniendo que en los supuestos en los que no es posible identificar cuál es la última secuela decisiva de entre las varias que surgen y no siendo ninguna de las concurrentes en ese momento final, por sí sola, determinante del grado: en tales casos, éste hay que atribuirlo a la contingencia profesional –accidente laboral o enfermedad profesional– en detrimento de la contingencia común –accidente no laboral o enfermedad común–, también con independencia de la mayor o menor contribución de cada una en alcanzarlo, cuyo fundamento legal ha de verse en el modo en que se configuran esas cuatro contingencias en los arts. 115, 116 y 117 LGSS, definiendo a las comunes por exclusión respecto a las profesionales.

Sería el caso, por ejemplo, de quien sufre una hernia discal lumbar trabajando, cuando ya tiene una artrosis cervical y lumbar previa, que sigue evolucionando durante el tiempo de tratamiento de aquélla, de tal forma que sólo se alcanza la incapacidad total por los déficits de movilidad con que ha quedado en su columna, pero sólo si se toman en cuenta los de ambos segmentos, porque no se llegaría a dicha conclusión si cada uno de ellos se valora aisladamente».

Tribunal Superior de Justicia de País Vasco (Sala de lo Social). Sentencia núm. 2430/2003 de 21 octubre. AS\2003\3767

La sentencia trata el caso de un trabajador con la categoría profesional de Peón y 59 años de edad, que prestaba servicios para un Ayuntamiento cuando sufrió accidente de trabajo habiéndosele ingresado por un aparente sobreesfuerzo, al levantar una losa de gran peso con el resultado de lumbalgias.

Al trabajador en cuestión se le dio de alta por curación sin perjuicio de que la Mutua le trasladó al Hospital a través de urgencias para continuar el estudio y seguimiento de la patología cardiaca por infección detectada, al parecer, en aplicación de un catéter en el tratamiento inicial del proceso de columna-lumbar, tenido por profesional.

Según informe hospitalario ha resultado sintomático y hemodinámicamente estable, refiriéndose, únicamente a los dolores lumbares con valoración del Servicio de Traumatología.

El trabajador demandado se encuentra en situación de I.T. por enfermedad común, con tratamiento médico, con solicitud de determinación de contingencia de tal baja médica, peticionando la derivación de accidente de trabajo previo habiéndose resuelto mediante acto administrativo con estimación de la petición del trabajador, declarando que aquella patología es derivada de contingencia profesional.

La cuestión llega al Juzgado de lo Social en donde las partes no discuten la exigencia de la situación de I.T. sino solamente su causalidad u origen.

En concreto la parte dispositiva de la Sentencia de instancia desestima la demanda interpuesta por la Mutua.

La mutua recurre en suplicación, ante esta Sala, la sentencia del Juzgado de lo Social pretendiendo que se atribuyese a enfermedad común la situación de incapacidad temporal en la que se encuentra el operario inicialmente reconocida por esa contingencia y que el INSS, atribuyó a accidente de trabajo. Pretensión a la que acumulaba la de reintegro de las cantidades satisfechas en concepto de prestación por tal causa, si bien sin precisar su importe.

La Sala desestima el recurso y sostiene que, lo que no cabe afirmar es que la prueba practicada en autos evidencie, como realidad pacíficamente aceptada, que los dolores lumbares que nadie cuestiona que presente, no provengan de un agravamiento en su patología de columna ocasionado con el sobreesfuerzo. Sí lo descarta el médico evaluador y el perito propuesto por la Mutua, como también lo hacía el servicio de traumatología del Hospital, pero no otros muchos informes emitidos al respecto. En esa tesitura de informes contradictorios, dado que aquéllos no disponen legalmente de preferencia, dejaban al Juzgado en libertad para formar su convicción con cualquiera de las versiones en colisión, que éste decanta por no asumir como cierto que su lumbalgia no pueda haberse motivado por el citado esfuerzo, en opción legítima, que la Sala no puede revisar.

Sentencias a favor:

TSJ Madrid, sentencia núm. 1034/2005 de 30 septiembre 2005. [AS\2005\3310](#). –Sobre el concepto y los requisitos del accidente de trabajo.

TSJ Cataluña, sentencia núm. 3647/2003 de 10 junio 2003. [AS\2003\2342](#). –Sobre el concepto y requisitos del accidente de trabajo.

TSJ País Vasco, sentencia de 8 abril 2003.[AS\2003\2134](#). –Sobre el concepto y requisitos del accidente de trabajo.

TSJ Cataluña, sentencia núm. 4912/1999 de 28 junio 1999.[AS\1999\6114](#). –Sobre la consideración de accidente de trabajo de las enfermedades intercurrentes.

TSJ País Vasco, sentencia núm. 937/2005 de 12 abril 2005.[AS\2005\2688](#). –Sobre el concepto y requisitos del accidente de trabajo.

5.3.2. SENTENCIAS COMENTADAS SOBRE HERNIA DISCAL LUMBAR

Juzgado de lo Social núm. 3. Albacete. Sentencia núm. 313/2001 de 26 septiembre. [AS\2001\3380](#)

Esta sentencia a pesar que proceder de un Juzgado de lo Social tiene una gran importancia en cuanto al tratamiento de la hernia discal no solo por sus argumentaciones sino también por el carácter de firmeza de la resolución.

Aborda la sentencia el caso de una trabajadora que presta servicios para una empresa dedicada a la manipulación de ajos, como peón manipulador, en virtud de un contrato para obra o servicio determinado.

El día 19-7-2000 la actora presentaba dolor lumbar desde por la mañana y sobre las 9,30 de la mañana, cuando la actora se encontraba en el centro de trabajo de la empresa empleadora sufrió un dolor abdominal que se extendía por la pierna, marchándose del lugar de trabajo para lo cual fue ayudada por el encargado de la empresa. A las 19 horas del día 19-7-2000 la actora acudió al Centro de Salud de la localidad donde está situado el centro de trabajo de la empleadora, donde fue atendida de lumbalgia aguda, siendo remitida por el facultativo a urgencias del hospital de referencia de la Seguridad Social. El día 20-7-2000 los servicios médicos del INSALUD le dieron la baja médica, situación en la que continúa.

La actora ha venido padeciendo problemas lumbares, estando documentada la primera consulta al Servicio de Traumatología desde el 28-2-1998. Desde dicha fecha ha sido vista varias veces en los servicios de traumatología, neurología y rehabilitación por esos problemas. Por RMN de fecha 11-5-1999 fue diagnosticada de degeneración de los discos L4 L5 y L5 S1 con protusiones globales de disco que estenosan los agujeros de conjunción y con zona más lateralizada a la derecha en L5 S1 en contacto con S1 derecha. En RMN de fecha 16-6-2000 de hernia discal L5-S1.

La actora reclamó que la Mutua que cubría en riesgo de accidente de trabajo en la empresa le diese de baja por contingencia profesional, lo que denegó la referida Mutua alegando que:

«La lesión que Ud. presenta de "hernia discal" no es derivada de AT. de fecha 19-7 del corriente año según manifiesta Ud. ya que según consta en

los informes médicos y Ud. mismo afirma, se trata de una lesión muy antigua por la que ya estaba siendo tratada por los Servicios Médicos del Insalud, sin que en la hoja de Urgencias que le fue realizada en el Complejo Hospitalario, figure en ninguno de los apartados, que las molestias que refería hubieran sido producidas por su trabajo, por lo que no procede la tramitación del proceso como accidente de trabajo».

La trabajadora formuló las oportunas reclamaciones previas agotando así la vía administrativa y llegando el caso ante el Juzgado de lo Social que en la sentencia presente desestima la demanda argumentando que, a la vista de la prueba practicada, la demanda ha de ser desestimada por no constar acreditado que las lesiones y padecimientos de la actora en virtud de los que fue dada de baja médica por los Servicios Médicos del INSALUD el día 20-7-2000 deriven de la actividad laboral que venía desarrollando. Señala la sentencia que no está acreditada la existencia de un accidente durante la prestación de servicios, es decir la existencia de un acontecimiento físico, externo que determinase la aparición de las lesiones sufridas o al menos del dolor que determinó su salida del centro de trabajo. Es la actora la que explica como se le produjo ese dolor, pero sus propias manifestaciones no pueden hacer prueba en su favor.

La constatación de este accidente es importante desde el momento en el que la propia actora en confesión reconoce que ya tenía un dolor lumbar desde la mañana y cuando de lo que aparece acreditado en autos las lesiones determinantes de dicho dolor las sufría la actora antes de iniciar la relación laboral. Así días antes de iniciar su contrato de trabajo había sido diagnosticada en una RMN de hernia discal. Por lo que resulta evidente que estos padecimientos objetivos de los que según confirma la documentación médica viene siendo tratada por el INSALUD desde su baja médica, son anteriores a la prestación de servicios laborales y en consecuencia sin ninguna relación con el mismo. Siendo padecimientos que fueron objeto de tratamiento desde varios años antes hasta el punto que la resonancia magnética de fecha 16-6-2000, es decir once días antes de empezar a trabajar, ya apreció una hernia discal, lo que confirma que inmediatamente antes del inicio del trabajo la actora tenía padecimientos lumbares con la importancia suficiente para determinar la realización de una resonancia magnético nuclear.

Sentencias a favor:

TSJ País Vasco, sentencia núm. 1542/2007 de 22 mayo 2007.[AS\2008\513](#). –Sobre inexistencia de accidente de trabajo.

TSJ País Vasco, sentencia núm. 2189/2004 de 2 noviembre 2004.[JUR\2005\41208](#) –sobre accidentes de trabajo.

Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Málaga (Sala de lo Social). Sentencia núm. 766/2001 de 27 abril. AS\2001\2628

El asunto que aborda esta sentencia es el de un trabajador que venía prestando sus servicios por cuenta de una empresa de almacenaje.

El trabajador en el año 1990, fue intervenido quirúrgicamente de una hernia discal L5-S1 izquierda, y en fecha 25 de noviembre de 1992 fue nuevamente intervenido de una hernia discal L4-L5 izquierda con estenosis del canal L4-L5.

El 16 de julio de 1997 el trabajador sufrió un accidente de trabajo cuando prestaba sus servicios por cuenta de la empresa emitiéndose parte de accidente por la empresa, en el que se hacía constar: "Pisó una caja en un palé cuando trabajaba para colocación de cajas".

El trabajador fue dado de baja médica por los servicios médicos de la Mutua el día 16 de julio de 1997, con el diagnóstico de "contusión lumbar y rodilla derecha", siendo dado de alta por curación el día 8 de agosto de 1997.

El accidente de trabajo, ocurrido el día 16 de julio de 1997 tuvo lugar al producirse la caída del trabajador desde una altura de 2 metros sobre unos palets.

El trabajador padece actualmente las siguientes dolencias: hernia L4-L5 (recidiva lateral derecha); espondilolistesis L4-L5 (anterolistesis), inestabilidad grave de columna; lumbociática derecha; laminectomía L4-L5; radiculopatía L5 derecha; radiculopatía S1 izquierda; gonalgia derecha; prolapso discal L3-L4; EPOC moderada; claudicación motora y de la marcha en extremidades inferiores; limitación de la movilidad de columna vertebral y rodilla izquierda.

El asunto llega al Juzgado de lo Social que dicta sentencia estimando la demanda deducida por el actor en reclamación de invalidez permanente absoluta derivada de accidente de trabajo.

La Mutua interpone recurso que es desestimado por la Sala argumentándose que, aun cuando el trabajador actor en fecha 17-10-1990 fue intervenido quirúrgicamente de una hernia discal L5-S1 izquierda y en fecha 25-11-1992 fuera nuevamente intervenido de una hernia discal L4-L5 izquierda con estenosis del canal L4-L5, es lo cierto que en fecha 16 de julio de 1997 sufrió una caída de una altura de 2 metros cuando prestaba servicios para la empresa codemandada, emitiéndose parte de accidente con el diagnóstico de contusión lumbar y rodilla derecha, siendo dado de alta el 8 de agosto de 1997, sin que con anterioridad a dicho accidente se hubiera encontrado el actor nunca en situación de incapacidad temporal por razón de la patología que posteriormente se le diagnosticó en la columna vertebral, habiendo trabajado con completa normalidad tras las intervenciones quirúrgicas de los años 1990 y 1992.

La Sala concluye alegando que con tales premisas fácticas, no cabe duda del acierto de la juzgadora en la instancia al declarar que las lesiones que actualmente

padece el trabajador son derivadas del accidente de trabajo que sufrió el 16-7-1997, porque, conforme a lo previsto en el art. 115.2.f) de la LGSS, tienen la consideración de accidente de trabajo «las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente», jugando, además, a favor de tal calificación la presunción «iuris tantum» del apartado 3 del mismo artículo, al haber sufrido la contusión en región lumbar y rodilla derecha, al caerse durante el tiempo y en el lugar de trabajo, y sin que por la parte recurrente se haya acreditado que las lesiones que padece el actor, en su actual incidencia, no sean susceptibles de una etiología laboral o que no tenga relación alguna con aquella caída laboral que dañó una zona de su columna vertebral, la cual, aunque previamente afectada, nunca le había ocasionado una baja laboral.

Sentencias a favor:

TSJ Cantabria, sentencia núm. 534/2006 de 17 mayo 2006. [JUR\2006\177792](#). –Sobre accidente de trabajo por agravación de enfermedades padecidas con anterioridad.

TSJ País Vasco, sentencia de 7 febrero 2006. [AS\2006\1377](#)–Sobre la consideración como accidente de trabajo de enfermedades padecidas con anterioridad.

TSJ Islas Baleares, sentencia núm. 491/2004 de 5 octubre 2004. [AS\2004\3800](#). –Sobre presunción de existencia de accidente de trabajo.

TSJ Islas Baleares, sentencia núm. 155/2004 de 11 marzo 2004. [JUR\2004\201091](#). –Sobre accidente de trabajo por agravación de enfermedades padecidas con anterioridad.

TSJ C. Valenciana, sentencia núm. 1431/2002 de 4 marzo 2002. [JUR\2003\55978](#). –sobre accidente de trabajo.

TS (Sala de lo Social), sentencia de 18 junio 1997. [RJ\1997\4762](#)

TS (Sala de lo Social), sentencia de 27 diciembre 1995. [RJ\1995\9846](#)

Tribunal Superior de Justicia de Islas Baleares (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia núm. 491/2004 de 5 octubre. AS\2004\3800

La sentencia trata el supuesto de un trabajador que presta sus servicios para una empresa hotelera con la categoría de ayudante de cocina con una antigüedad de 29.4.01, habiéndose expedido a su favor parte de baja por los Servicios Médicos Públicos con efecto de 29-4-02 bajo el diagnóstico de dolor de ciática.

El día 28-4-02 el actor realizó un sobreesfuerzo al levantar unas cajas, habiendo terminado la jornada de trabajo y habiendo acudido al día siguiente a su puesto de trabajo, si bien hubo de salir antes de la finalización de la jornada por molestias en la zona lumbar.

La primera asistencia médica recibida por el trabajador se le dispensó en el servicio de urgencias el 5-5-02, siendo ingresado el día 23 de mayo de 2002, tras un agravamiento, en dicho hospital, desde donde tras realizarle diversas pruebas se le trasladó para ser operado el día 23-5-02, siendo dada de alta hospitalaria el 5-6-02 con el diagnóstico hernia discal L4-L5 derecha y exéresis de hernia extruida.

El trabajador solicita que sea considerada accidente de trabajo la lesión lo que es asumido por la Sala argumentado que ha quedado acreditado que el actor sintió unas molestias lumbares el 28.04.02, al levantar unas cajas cuando prestaba sus servicios como cocinero, que determinaron su baja médica por enfermedad común el 29.04.02, pues debido a dichas molestias no pudo terminar su jornada de trabajo, teniendo que ser posteriormente internado para una intervención quirúrgica de hernia discal el 23.05.02, permaneciendo de baja médica hasta el 12.09.02, no existiendo constancia alguna de que con anterioridad hubiese recibido tratamiento médico alguno por dichas dolencias, las cuales se desencadenaron al realizar un esfuerzo durante su jornada de trabajo, por lo que procede declarar la existencia de un accidente de trabajo de acuerdo a lo previsto en el art. 115.3 de la LGSS.

Sentencias a favor:

TSJ Castilla y León, Valladolid, sentencia núm. 1176/2010 de 15 septiembre 2010.[JUR\2010\343247](#)

TSJ Castilla-La Mancha, sentencia núm. 1122/2005 de 7 septiembre 2005. [AS\2005\2953](#)

-Sobre presunción de existencia de accidente de trabajo.

TSJ Castilla y León, Valladolid, sentencia de 24 febrero 2003.[AS\2003\1317](#). -Sobre presunción de existencia de accidente de trabajo.

TSJ Andalucía, Málaga, sentencia núm. 766/2001 de 27 abril 2001.[AS\2001\2628](#). -Sobre presunción de existencia de accidente de trabajo.

TS (Sala de lo Social), sentencia de 23 noviembre 1999. [RJ\1999\9341](#) -Sobre presunción de existencia de accidente de trabajo.

TS (Sala de lo Social), sentencia de 12 julio 1999. [RJ\1999\5790](#) -Sobre presunción de existencia de accidente de trabajo.

TS (Sala de lo Social), sentencia de 18 junio 1997. [RJ\1997\4762](#). -Sobre presunción de existencia de accidente de trabajo.

Tribunal Superior de Justicia de Islas Baleares (Sala de lo Social). Sentencia núm. 192/1996 de 13 mayo. [AS\1996\2218](#)

Trata esta sentencia el caso de un trabajador que presta sus servicios para una empresa dedicada a la construcción como oficial 1.^a de la construcción, sufriendo un accidente de trabajo el día 21 de junio de 1993, cuando

mientras levantaba se hizo daño en la espalda, iniciando una situación de ILT con el diagnóstico de lumbociática izquierda y siendo atendido por los servicios médicos de la Mutua que a la sazón tenía suscrito con la empresa documento de asociación para cubrir las contingencias profesionales.

El 1 de febrero de 1994 el actor es dado de alta por los servicios médicos de la Mutua, los que entendieron que la hernia discal y espondiloartrosis que presentaba el actor nada tenían que ver con el accidente de trabajo.

El 2 de febrero de 1994 los servicios sanitarios de la Seguridad Social extendieron al actor parte de baja y desde entonces viene percibiendo las prestaciones de ILT derivadas de enfermedad común a cargo del INSS.

Ante la discrepancia interpretativa sobre la contingencia la cuestión llega al Juzgado de lo Social que dicta sentencia afirmando que es de aplicación lo dispuesto en el art. 115.2.1 de la Ley General de la Seguridad Social (RCL 1994\1825) -art. 84.2, f) del Texto antiguo (RCL 1974\1482 y NDL 27361)- y que, en consecuencia, se ha de declarar la improcedencia del parte de alta expedido por la Mutua el 1 de febrero de 1994, así como el derecho del actor a seguir, desde la citada fecha, en situación de ILT.

Contra dicho criterio, la Mutua recurre y la Sala desestima el recurso afirmando que en el caso de autos, el trabajador sufrió un accidente de trabajo el día 21 de junio de 1993, con consecuencia de la lesión sufrida en la espalda mientras levantaba un peso en la obra, siendo dado de alta por la Mutua -entidad aseguradora de los accidentes de trabajo de la empresa en la que prestaba servicios el actor- el día 1 de febrero de 1994, por entender que la hernia discal y la espondiloartrosis que padecía aquél no guardaba relación con el precedente accidente de trabajo.

El siguiente día (2 de febrero de 1994) los servicios sanitarios de la Seguridad Social extendieron parte de baja y el afectado inició la percepción de las prestaciones de ILT derivadas de enfermedad común.

A la vista de ello, la resolución recurrida estima que se está en presencia de un proceso de ILT derivado de accidente de trabajo.

Este criterio debe ser confirmado pues es el seguido por el Tribunal Supremo en la Sentencia de 27 octubre 1992 (RJ 1992\7844), dictada en autos de unificación de doctrina en la que estima el recurso del trabajador contra el alta dada por la Mutua en un supuesto en que el operario, en el curso de su trabajo y al realizar un esfuerzo pisó una piedra, cayó al suelo y se golpeó en la espalda, «produciéndose un agravamiento de su patología precedente». En línea de esta sentencia, la Sala de lo Social del TSJ Galicia de 17 marzo 1994 (AS 1994\915), sienta que: «Por lo que estando acreditado que el actor que venía padeciendo de la columna, con fecha de 24 de septiembre de 1991 sufrió un accidente de trabajo al realizar un esfuerzo que le produjo un fuerte tirón muscular en la región lumbar, siendo dado de baja el 26 de septiembre de 1991 con el diagnóstico de “lumbociática derecha” siendo dado de alta el 14 de octubre de 1991 por cura-

ción y que con fecha 15 de octubre de 1991, es decir, al día siguiente fue dado de baja por enfermedad común con el diagnóstico de lumbalgia aguda; esta Sala entiende que esta segunda baja es continuación del proceso anterior y por tanto derivada de accidente de trabajo, por lo que no podría causar baja por accidente, ser dado de alta y nuevamente baja por enfermedad común, presumiéndose que la segunda baja debe ser tenida por accidente, por lo que en el caso de autos se presume la existencia de accidente de trabajo, por agravación de las enfermedades padecidas con anterioridad, máxime cuando entre el alta médica por accidente y la nueva baja por enfermedad no existió lapso de tiempo alguno, por lo que o estaba definitivamente curado o difícilmente podría causar nueva baja, si no era por agravamiento de sus dolencias congénitas».

Sentencias a favor:

TSJ Castilla y León, Valladolid, sentencia núm. 588/2006 de 2 mayo 2006. AS\2006\1844-Sobre procesos de IT derivados de accidentes de trabajo.

TS (Sala de lo Social), sentencia de 27 octubre 1992. RJ\1992\7844. –sobre procesos de ILT derivados de accidentes de trabajo.

TSJ Cataluña, sentencia núm. 2564/1995 de 22 abril 1995. AS\1995\1603 –sobre procesos de ILT derivados de accidentes de trabajo.

TSJ Murcia, sentencia núm. 408/1995 de 4 abril 1995. AS\1995\1702. –sobre procesos de ILT derivados de accidentes de trabajo.

TSJ Galicia, sentencia de 17 marzo 1994. AS\1994\915. –sobre procesos de ILT derivados de accidentes de trabajo.

Tribunal Superior de Justicia de Cantabria (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia núm. 1263/2003 de 8 octubre. JUR\2004\75095

Refiere esta sentencia el caso de un trabajador que venía prestando sus servicios profesionales para el INSS, ocupando el puesto de trabajo de subdirector Provincial de Información Administrativa, Informes de Cotización y subsidios.

El día 7 noviembre 2001 el actor inició un período de Incapacidad Temporal derivada de Accidente de Trabajo con el diagnóstico de «otras alteraciones de la espalda» que se produjo cuando «al ir a coger un archivador que cayó al suelo, sintió un dolor fuerte en la espalda con imposibilidad de moverse», según consta en el parte de accidente emitido por el INSS.

Tramitado el expediente administrativo de Incapacidad Permanente finaliza con Resolución de la Dirección Provincial del INSS de 25 junio 2002 por la que se declara al actor en situación de Incapacidad Permanente Absoluta derivada de Enfermedad común.

El cuadro clínico que sirvió de base a dicha resolución es el Informe del EVI de fecha 30 mayo 2002 en el

que se hace constar: Antecedentes: operado de hernia discal lumbar hace unos 4 años. Quedó con síntomas a temporadas y parestesias en el pie derecho de medio adelante.

Afectación actual: refiere que inicia la baja por episodio con reposo, analgésicos y rehabilitación con mejoría discreta. Refiere dolor lumbar irradiado a glúteo derecho y parte posterior de la pierna hasta el talón. Dolores a diario, no mejoran en ninguna postura, sino cambiando de postura. Toma antiinflamatorios y le han hablado de artrodesis, pero se lo está pensando.

También dolor en la planta del pie derecho y en los codos, más el izquierdo.

Aparato respiratorio: refiere despertares frecuentes, por la noche 30 o 40 y somnolencia diurna. Revisamos historia clínica, diagnosticado tras polisomnografía de 1996 de apnea del sueño (eficiencia del sueño 65%).

Aparato locomotor: dedo 4 de la mano derecha con interfalángica proximal en flexión. Discreto dolor a la presión en la epitroclea dcha. y más vivo en la izquierda, dolor a la pronación y flexión del codo izquierdo. Caderas y rodillas libres, impresiona de genu valgo bilateral más el derecho. Dolor muy vivo a la presión en talón derecho. Lasegue bilateral, dolor glúteo a 60º más en el derecho. No obtengo Aquileo derecho, si patelares simétricos. Flexión dorsal de primer dedo y pie derecho 4/5. Flexión lumbar se detiene a la mitad, contractura. Se ayuda de bastón inglés para deambular. En revisión de historia clínica: operado de hernia discal L4-L5 y L5-S1 en 1996.

Pedimos RMN actual. «Paciente con antecedentes de cirugía a nivel de 2 últimos espacios lumbares. Espondilosis difusa de predominio en el segmento lumbar inferior. Cambios de degeneración/deseccación en los dichos intervertebrales L2-L3, L4-L5 y L5-S1. Herniación dorso medial L4-S1 (pequeña persistencia/recidiva herniaria). Herniación dorso lateral derecha L2-L3».

Se pide EMG actual «compatible con una radiculopatía L5-S1 derecha, de tipo crónico e intensidad moderada». Idéntico a otro EMG de 1997.

Estudio RX: codos: calcificación adyacentes a ambos epicondilos interno en posible relación con epicondilitis; rodillas: calcificación en región de cartílagos y meniscos de compartimento femorotibial interno de rodilla izquierda en relación con condrocalcinosis; pie derecho: cambios degenerativos en primera articulación metatarsal-falángica.

Deficiencias más significativas: operado de hernia discal L4-L5, L5-S1 en 1996. Espondiloartrosis, hernia discal L2-L3 y L5-S1. Radiculopatía L5-S1 derecha moderada por EMG. Condrocalcinosis de rodilla izquierda. Epitrocleitis bilateral. Espolón calcáneo y hallux valgus derecho. Apnea del sueño valorada y estudiada tras la realización de una polisomnografía nocturna.

El trabajador formula reclamación previa solicitando que la contingencia de la que deriva la Incapacidad Permanente Absoluta reconocida, sea declarada como derivada de accidente de Trabajo.

Dicha reclamación desestimada por resolución de 6-9-2002.

El Juzgado de lo Social desestima la demanda y la cuestión llega al TSJ que estima el recurso del trabajador.

La Sala afirma que en el caso presente, no hay duda que a consecuencia del accidente el estado del actor se ha agravado y ello porque, como ya se ha manifestado, tras ser dado de alta el 24/04/97 el actor prestó servicios con normalidad y, sin embargo, tras el accidente laboral de noviembre de 2001 (y el proceso de IT por accidente de trabajo), el actor ha sido declarado en situación de invalidez permanente absoluta.

Así, esta interpretación está amparada en diversas Sentencias de diversos Tribunales Superiores de Justicia, señalando la sentencia de la Sala de lo Social del TSJ de Cataluña de fecha 30/5/97 (AS 1997, 2241): «Supuestos como el presente en los que un traumatismo actúa como elemento desencadenante de la enfermedad o defecto padecido por el trabajador, agudizándolo o sacándolo de su estado latente, ignorándose si se hubiera o no patentizado de no haber acaecido el siniestro. De ahí que carezca de relevancia, a los efectos de enervar la calificación de accidente de trabajo.../... el hecho de que la lesión la padeciera ya el demandante con anterioridad al accidente de 4/10/91, pues lo que tiene importancia es que la exteriorización o efecto desencadenante de la dolencia fue provocado por dicho accidente».

Esta es la situación presente, en que tras haber sido dado de alta por curación con fecha 24 de abril de 1997, aquel proceso no impidió al actor reincorporarse al trabajo durante más de cuatro años y medio y que, sea a consecuencia del accidente de 7 de noviembre de 2001, cuando el estado de base se agrava hasta el punto de ser declarado en situación de invalidez permanente absoluta para todo trabajo.

Sentencias a favor:

TSJ Cataluña, sentencia núm. 7086/2006 de 23 octubre 2006.JUR\2007\110824 –Sobre accidente de trabajo por agravación de defectos anteriores.

TSJ Andalucía, Málaga, sentencia núm. 977/2006 de 3 abril 2006.JUR\2007\29637 –Sobre accidente de trabajo por agravación de defectos anteriores.

TSJ Extremadura, sentencia núm. 749/2005 de 12 diciembre 2005.JUR\2006\27912 –Sobre accidente de trabajo por agravación de defectos anteriores.

TSJ Castilla y León, Valladolid, sentencia núm. 1214/2005 de 18 julio 2005.AS\2005\1944

-Sobre la existencia de accidente de trabajo.

TSJ Murcia, sentencia núm. 44/2005 de 10 enero 2005.JUR\2005\38186 –Sobre accidente de trabajo por agravación de defectos anteriores.

TSJ Madrid, sentencia núm. 1148/2004 de 11 octubre 2004.JUR\2004\317320. –Sobre accidente de trabajo.

TSJ Cataluña, sentencia núm. 6686/2004 de 4 octubre 2004.JUR\2004\314459 –Sobre accidente de trabajo por agravación de defectos anteriores.

TSJ Andalucía, Granada, sentencia núm. 2219/1996 de 29 octubre 1996.AS\1996\4413

– Sobre accidente de trabajo por agravación de defectos anteriores.

Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha (Sala de lo Social). Sentencia núm. 297/2000 de 9 marzo. AS\2000\1608

La sentencia aborda el supuesto de un trabajador que viene prestando sus servicios para la empresa demandada Renfe, desde el 18 de septiembre de 1978, con la categoría de Jefe de Equipos.

El día 9-2-1996 sufrió un agarrotamiento en el brazo izquierdo al realizar un esfuerzo para cerrar una puesta de JPD, siendo calificado de accidente laboral estando de baja hasta el 3-4-1996. La causa o consecuencia del mismo fue diagnosticada de periartritis en las cervicales.

Tras reincorporarse a su trabajo habitual el día 4-4-1996, el día 29 de mayo siguiente, dos horas después de haber estado trabajando con un “macho”, sintió agarrotamiento en hombro y brazo izquierdo acudiendo a consulta del Facultativo de RENFE, quien tras realizar las pruebas pertinentes (resonancias magnéticas, etc.) le diagnosticó hernia discal en C5-C6 con irradiación en hombro y brazo izquierdo, lo que fue calificado de enfermedad común.

El trabajador venía padeciendo desde hacía un año un proceso doloroso con cervicalgias, mareos y vértigos, acordes con esa patología cervical. Por ese motivo fue dado de baja el 5-6-1996 por el Médico de la Seguridad Social a donde fue enviado por los servicios médicos de Renfe al considerar su situación física derivada de enfermedad común.

La discrepancia entre la empresa y el trabajador en punto a la contingencia producida llega al Juzgado de lo Social que dicta sentencia considerando accidente de trabajo tal contingencia.

La sentencia es recurrida por la empresa y la Sala desestima el recurso alegando que las dolencias comunes muy anteriores al accidente que padecía el actor (hernia discal C5-C6 con irradiaciones en hombro y brazo izquierdos), se le agravaron como consecuencia de los dos eventos laborales ocurridos, uno en 9-2-1996, y otro posterior en 29-5-1996, lo que comporta que estemos ante el caso tipo descrito en el citado artículo 115, punto 1f) de la Ley General de la Seguridad Social, que entiende también como comprendido dentro del concepto legal de accidente laboral, las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente, que es la situación precisamente concurrente en el caso objeto de enjuiciamiento.

Sentencias a favor:

TSJ País Vasco, sentencia de 7 febrero 2006.AS\2006\1377. –Sobre la consideración como accidente de trabajo de enfermedades padecidos con anterioridad.

TSJ Castilla-La Mancha, sentencia núm. 1394/2002 de 3 septiembre 2002. [AS\2002\3686](#) –Sobre accidentes de trabajo derivados de patologías previas.

TSJ C. Valenciana, sentencia núm. 1431/2002 de 4 marzo 2002. [JUR\2003\55978](#). –sobre accidente de trabajo.

TSJ Asturias, sentencia núm. 1255/2001 de 11 mayo 2001. [JUR\2001\191795](#) –sobre accidente de trabajo.

TSJ Cataluña, sentencia núm. 1672/2001 de 22 febrero 2001. [AS\2001\428](#)

Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (Sala de lo Social). Sentencia núm. 7833/2001 de 16 octubre. [AS\2002\41](#)

La sentencia trata el caso de un operario de profesión peón de la construcción, afiliado al Régimen General de la Seguridad Social, que en fecha 13-6-1998 sufrió un accidente de trabajo y fue dado de baja médica e inició la situación de incapacidad temporal hasta el día 25-11-1998 en que fue dado de alta médica por los servicios médicos de su Mutua y que sin embargo fue dado de baja médica por su médico de cabecera.

El INSS calificó la incapacidad temporal del actor de fecha 8-12-1998 como derivada de enfermedad común.

Se le diagnostican las siguientes lesiones: “Lumbalgia Crónica. Hernia Discal Medial L4-L5 que colapsa la grasa epidural y comprime el saco”.

El trabajador padece las siguientes lesiones: “Protusión discal global en L-L4, hernia discal medial L4-L5 que colapsa grasa epidural y deforma el saco dural y protusión discal ligeramente lateralizada a la izquierda en L5-S1”.

La sentencia del Juzgado de lo Social estimó la demanda interpuesta por el actor dejando sin efecto el alta médica de fecha 25-11-1998 y condenó a la Mutua demandada a seguir abonando al actor subsidio de incapacidad temporal equivalente al 75% de la base reguladora de 5.431 ptas. diarias con efectos de aquella fecha y hasta la extinción legal del mismo.

La Mutua interpone recurso que es estimado en parte por la Sala en el sentido de dejar sin efecto el alta médica de 25-11-1998 y se desestima en cuanto a la segunda pretensión de la demanda, declarando que la situación de incapacidad temporal de 9-12-1998 trae causa de la lesión sufrida en accidente de trabajo producido el día 13-6 precedente, condenando a ésta como subrogada en las obligaciones de la empresa.

Sentencias a favor:

TSJ Murcia, sentencia núm. 315/2008 de 5 mayo 2008. [JUR\2008\276294](#). –Sobre IT

TSJ Murcia, sentencia núm. 883/2007 de 9 julio 2007. [JUR\2007\307873](#) –Sobre IT

TSJ País Vasco, sentencia de 18 febrero 2003. [AS\2003\838](#) –Sobre carácter vinculante de partes de baja médica y de confirmación.

Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia núm. 2359/2007 de 27 marzo. [JUR\2007\248279](#)

Aborda esta sentencia el caso de un trabajador que presta servicios para una empresa con la categoría de Oficial.

Al trabajador le es diagnosticada una discopatía cervical múltiple de C3 a C7 con impotencia funcional y una hernia discal L4-L5 con signos clínicos de radiculopatía L4 derecha”.

El operario había prestado servicios en la central de pesadas de Laboratorios farmacéutico desde 1985 a 1997, y hasta 1999 en el Departamento de formulación de líquidos, como Oficial mecánico, habiendo estado expuesto a una carga física muy importante, en especial en la Central de Pesadas, correspondiendo su tarea en “la recepción de principios activos de un producto farmacéutico, pesado de la parte proporcional y almacenamiento en VIMS”. Debía coger los contenedores de materia prima, sacos o bidones entre 25-73 Kg. de peso, trasladarlos a una plataforma con ruedas para poder descargarlos en unos depósitos donde se realiza la mezcla de materias primas y descargar dicha materia en una tolva. Durante los años que ha prestado servicios en la central de pesadas estuvo expuesto de forma constante y reiterada a múltiples factores de riesgo de patología osteomuscular, especialmente de patología dorsolumbar y cervicobraquial por sobreesfuerzos muy importantes, posturas forzadas y/o mantenidas y movimientos repetitivos.

Al trabajador en cuestión le fue reconocida una incapacidad permanente total, por daños de tipo degenerativo y que han sido agravados por la sobrecarga por esfuerzos continuados a que se vio expuesto durante su prestación de servicios, especialmente en la Central de Pesadas. Debido a las condiciones en que desempeñaba su trabajo ha estado expuesto de forma constante y reiterada a factores de riesgo de patología osteomuscular, especialmente patología dorsolumbar y cervicobraquial, por sobreesfuerzos muy importantes, posturas forzadas y/o mantenidas y movimientos repetitivos.

El operario reclama la reparación plena y justa por los perjuicios económicos, físicos y morales derivados de las condiciones en que debió desempeñar su prestación de servicios, considerando que existe una falta de diligencia en el cumplimiento del deber de seguridad que incumbe al empresario que cuantifica en la cantidad de 150.000 euros.

El juzgado de lo Social estima en parte la demanda contra la demandada en reclamación de indemnización por daños y perjuicios, que es recurrida por la empresa.

La Sala estima el recurso y revoca la sentencia sobre dos razonamientos:

- Que cuando el daño no deriva de un accidente de trabajo ni de actividad profesional, sino que es producto de una enfermedad degenerativa combinada con el esfuerzo profesional, sin que se haya imputado o declarado probada una con-

ducta ilícita, la reparación del tal daño no admite otro cauce que el estricto sistema de cobertura pública de la Seguridad Social. El mero hecho de que en la patología común incapacitante hubiera incidido el esfuerzo laboral (sin imputación o tipificación de ilícito), no puede sin más ser título para la declaración de una responsabilidad adicional no asegurada mediante el sistema de cobertura pública.

- Que ante la jurisdicción social, la reparación del daño no parte de la responsabilidad objetiva, puesto que ésta viene ya cubierta por el sistema de cobertura pública de Seguridad Social. Por ello se exigen las premisas o requisitos exigidos por la jurisprudencia, ente los que figura la imputación y declaración de la existencia de un ilícito laboral.

En el caso estudiado se constata que:

- la incapacidad permanente total de la que es tributario el actor, no derivaba de accidente de trabajo ni de enfermedad profesional, sino que es de etiología común.
- el recargo de prestaciones que se impuso a la empresa por responsabilidad derivada de falta de medidas de seguridad en el trabajo fue revocado por sentencia del Juzgado de lo Social que ha ganado firmeza (al no existir accidente de trabajo).
- la infracción administrativa interpuesta por la Inspección de Trabajo contra la empresa quedó prescrita.

Sentencias a favor:

TSJ País Vasco, sentencia de 9 diciembre 2009. [AS\2010\906](#) –Sobre indemnización de daños y perjuicios por accidente de trabajo.

TSJ Andalucía, Granada, sentencia núm. 1029/2007 de 4 abril 2007. [AS\2008\59](#). –Sobre indemnización de daños y perjuicios por accidente de trabajo.

TS (Sala de lo Social), sentencia de 20 abril 2004. [RJ\2004\3695](#) –Sobre el plazo de prescripción en supuestos de indemnización de daños y perjuicios por accidente de trabajo.

Tribunal Superior de Justicia de Madrid (Sala de lo Social, Sección 3ª). Sentencia núm. 1034/2005 de 30 septiembre. [AS\2005\3310](#)

La sentencia contempla el caso de un trabajador que presta sus servicios desde el 2 de noviembre de 1981, con la categoría profesional de Inspector Técnico.

El día 13 de febrero de 2004 el actor sufre accidente de trabajo al hacer un sobreesfuerzo apretando tornillos, presentando dolor de espalda no especificado y con motivo del accidente permaneció en situación de incapacidad temporal desde el 16 de febrero al 5 de abril de 2004 por contractura cervical.

El día 6 de abril de 2004 el actor causa nuevamente baja médica, siendo su diagnóstico hernia discal cervical.

Promovido expediente de determinación de contingencia, el EVI con fecha 4 de agosto de 2004 emite dictamen propuesta en el que, tras diagnosticar al actor de «cervicoartrosis con dos hernias discales. Episodio agudo», determina que el proceso de incapacidad temporal deriva de enfermedad común.

Por su parte el INSS declara el carácter de enfermedad común de la incapacidad temporal iniciada por el actor el 6 de abril de 2004.

El trabajador solicita que se declare que el proceso de IT que inició el 24 de agosto de 2004 deriva de accidente laboral.

El trabajador padece de discoartrosis con hernia de disco posterolateral derecha C3-C4 y C6-C7, con pequeñas improntas discales C4-C5 y C5-C6. En el mes de octubre de 2002 comienza episodios de cervicalgias y sensación de inestabilidad y ya en la resonancia magnética que se le efectúa en el mes de diciembre de 2002 se aprecian «signos degenerativos intersomáticos C5-C6 y en menor grado C4-C5/C6-C7 con mínimas improntas subligamentosas»

El actor ha presentado los siguientes episodios: 16-10-2003: cervicalgia; 28-10-2003: cervicoartrosis y 05-12-2003: lumboartrosis.

El asunto llega al Juzgado de lo Social que desestima la demanda; la sentencia es recurrida por el operario. La Sala estima su recurso.

La cuestión central del pleito pasa por determinar si la hernia discal que presenta el actor es consecuencia del accidente de trabajo sufrido el 13-2-2004, o si bien, por el contrario, es degenerativa.

La Sala concluye que en el caso concreto aquí enjuiciado concurren todos y cada uno de los requisitos antes expresados delimitadores del concepto legal de accidente de trabajo, ya que, efectivamente, es la lesión producida por el esfuerzo, mientras el trabajador apretaba unos tornillos, con incidencia cervical más contractura post-esfuerzo la que contribuye, en mayor o menor medida, a desencadenar la hernia cervical, resultando muy clarificadora la secuencia cronológica de los acontecimientos, por lo que, cuando sin solución de continuidad se inicia el proceso del 6-4-2004, éste está en relación causal con el accidente laboral, siendo la consecuencia de todo ello la estimación del recurso y la revocación de la sentencia.

Sentencias a favor:

TSJ Extremadura, sentencia núm. 61/2007 de 1 febrero 2007. [JUR\2007\219216](#) –Sobre la mutua responsable de las prestaciones derivadas de accidente de trabajo en caso de sucesión o cambio de aseguradora.

TSJ Madrid, sentencia núm. 971/2004 de 12 julio 2004. [AS\2004\2866](#). –Sobre el concepto y los requisitos del accidente de trabajo

TSJ Madrid, sentencia núm. 117/2004 de 29 enero 2004. [JUR\2004\234356](#) –Sobre la diferencia entre el régimen jurídico de contingencias comunes y profesionales.

TSJ País Vasco, sentencia núm. 2430/2003 de 21 octubre 2003.[AS\2003\3767](#) –Sobre el concepto y los requisitos del accidente de trabajo.

TSJ Cataluña, sentencia núm. 3647/2003 de 10 junio 2003.[AS\2003\2342](#) –Sobre el concepto y los requisitos del accidente de trabajo.

TS (Sala de lo Social), sentencia de 11 julio 2001.[RJ\2001\7467](#) –Sobre la mutua responsable de las prestaciones derivadas de accidente de trabajo en caso de sucesión o cambio de aseguradora.

TS (Sala de lo Social), sentencia de 1 febrero 2000.[RJ\2000\1069](#) –Sobre la mutua responsable de las prestaciones derivadas de accidente de trabajo en caso de sucesión o cambio de aseguradora.

Tribunal Superior de Justicia de País Vasco (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia de 7 febrero 2006.
[AS\2006\1377](#)

Se trata en esta sentencia el caso de una trabajadora que presta servicios para un supermercado desarrollando funciones de cajera y reponedora.

El día 14.02.2003 la trabajadora sufrió un accidente de trabajo, al sufrir un tirón cuando levantaba una balda, siendo diagnosticada de lumbalgia, causando baja médica por incapacidad temporal el 17.02.2003 con cargo a la Mutua situación en que permaneció hasta el 9.03.2003 en que fue dada de alta por la Mutua por mejoría que permite realizar el trabajo habitual.

Con posterioridad a dicho alta se practicaron a la trabajadora las siguientes pruebas por cuenta de la Mutua:

EMG de fecha 17.03.03, en el que se extrae como conclusión la existencia de una «radiculopatía S1 derecha, moderada».

Resonancia Magnética de fecha 20.03.03 que arrojó la siguiente conclusión: «Hernia discal L5-S1 paracentral posterior derecha con repercusión probable sobre la raíz S1 derecha en el receso graso lateral. Columna lumbar baja degenerativa y protusión discal L3-L4 y L4-L5».

La Mutua remitió a la actora al Servicio Vasco de Salud, que extendió parte médico de baja por contingencias comunes con fecha 17.03.2003, con diagnóstico de ciática.

Con fecha 26.03.03 la actora ingresa de urgencias siendo intervenida quirúrgicamente el 7.04.03 practicándose disectomía y liberación radicular L4-L5 y L5-S1. En el postoperatorio desarrolló infección de la herida precisando drenaje y desbridamiento quirúrgico, y una posterior complicación general, sufriendo sepsis y distres respiratorio que precisó de estancia en UVI con ventilación asistida, así como tromboflebitis en E.S.I. que precisó autocoagulación.

Con anterioridad a estos hechos la actora había permanecido en situación de baja por incapacidad temporal durante periodos reiterados y por las causas que se indican: Ciática, Síntomas Generales, Esguince Tobillo/Pie, Traum. Superfíc. otr. Lugar, Enfermedades debidas a

virus y Enf. Muscul/LigaM/APoneur, Parto Prematuro/Amenaza de Parto, Alt Discos Intervertebr.

La trabajadora inicia la vía administrativa a fin de determinar la contingencia del período de Incapacidad Temporal iniciado el 17.03.03. Se dictó Resolución por la Dirección Provincial del INSS con fecha 25/05/04, en virtud de la cual se establece que la contingencia determinante del proceso de Incapacidad Temporal iniciado el 17/03/03 tenía su origen en un accidente de trabajo, siendo responsable del abono de la prestación correspondiente la Mutua XXXXX.

El INSS declaró a la trabajadora afecta de incapacidad permanente total para su profesión habitual.

La Mutua recurre y el Juzgado de lo Social, que desestima la demanda, lo que conduce a que el caso llegue al TSJ que desestima el recurso interpuesto por la Mutua, afirmando que la sentencia del Juzgado está jurídicamente fundamentada al declarar que el proceso indicado derivaba de la contingencia de accidente de trabajo, y por lo tanto la indicada sentencia de instancia no infringió los preceptos citados por la recurrente, estando sólidamente fundada en las reglas de la experiencia médica sobre las características y evolución de las patologías lumbares, siendo indiscutible que entre las causas que pueden desencadenar dolores lumbares en trabajadores con factores predisponentes individuales figuran las alteraciones en la biomecánica de la columna vertebral provocadas por los esfuerzos realizados en el desempeño de su actividad, y que las crisis dolorosas agudas son precedidas con mucha frecuencia de dolor de baja intensidad.

Sentencias a favor:

TSJ País Vasco, sentencia núm. 2153/2006 de 19 septiembre 2006.[AS\2007\1116](#) –Sobre la existencia de accidente de trabajo.

TSJ Cataluña, sentencia núm. 5903/2006 de 6 septiembre 2006.[AS\2007\1194](#) –Sobre accidentes de trabajo.

TSJ Castilla y León, Valladolid, sentencia núm. 1214/2005 de 18 julio 2005.[AS\2005\1944](#)

– Sobre los requisitos para la consideración como accidente de trabajo de enfermedades padecidas con anterioridad.

TSJ País Vasco, sentencia núm. 1861/2005 de 12 julio 2005.[AS\2005\2639](#) –Sobre la agravación de lesiones padecidas con anterioridad al accidente de trabajo.

TSJ País Vasco, sentencia de 1 junio 2005.[AS\2005\2293](#) –Sobre los requisitos para la consideración como accidente de trabajo de enfermedades padecidas con anterioridad.

TSJ Islas Canarias, Las Palmas, sentencia núm. 429/2005 de 25 abril 2005.[AS\2005\1044](#) –Sobre los requisitos para la consideración como accidente de trabajo de enfermedades padecidas con anterioridad.

TSJ Aragón, sentencia núm. 45/2002 de 21 enero 2002.[AS\2002\1036](#) –Sobre la consideración como acci-

dente de trabajo de enfermedades padecidas con anterioridad.

TSJ Andalucía, Málaga, sentencia núm. 766/2001 de 27 abril 2001.[AS\2001\2628](#). –Sobre la consideración como accidente de trabajo de enfermedades padecidas con anterioridad.

TSJ Castilla-La Mancha, sentencia núm. 297/2000 de 9 marzo 2000.[AS\2000\1608](#). –Sobre la consideración como accidente de trabajo de enfermedades padecidas con anterioridad.

Tribunal Superior de Justicia de País Vasco (Sala de lo Social). Sentencia de 11 julio 1995 [AS\1995\3141](#)

La sentencia trata el caso de un trabajador de profesión habitual Siderúrgico de 3.ª, que ha venido realizando por cuenta y orden de la empresa “Altos Hornos de Vizcaya, SA”

El actor instó declaración de incapacidad y el INSS le declaró afecto de Invalidez permanente en grado de incapacidad total derivada de enfermedad común.

No estando conforme el actor, formuló reclamación previa contra la misma, siendo expresamente desestimada por nueva Resolución de fecha 23 julio 1993. El trabajador presenta demanda ante el Juzgado de lo Social.

La cuestión se centra en que el trabajador sufrió un accidente de trabajo el día 7 de junio de 1985, diagnosticándosele un tirón muscular cérico-dorsal con irradiación al hombro izquierdo, por el que permaneció de baja hasta el 14 de octubre de 1985; el día 3 de febrero de 1986 sufrió otro accidente de trabajo diagnosticándosele cervicoartrosis y esguince cervical, permaneciendo de baja hasta el 3 de marzo de 1986; el día 9 de marzo de 1990 sufrió nuevo accidente de trabajo diagnosticándosele recaída de lumbociática, estando de baja hasta el 9 de abril de 1990; el día 31 de marzo de 1992 sufrió otro accidente de trabajo diagnosticándosele recaída de lesión anterior, permaneciendo de baja hasta el 29 de julio de 1992.

El trabajador padece las siguientes lesiones: columna cervical: discopatía C6-C7 con hernia discal central izquierda; columna lumbar: hernia discal central L4-L5 y discoartrosis L5-S1, con la movilidad activa prácticamente abolida a nivel de la columna cervical, dorsal y lumbar, pero no así la movilidad pasiva; hipoacusia de 100 DB en el oído izquierdo; hipercolesterolemia e hígado graso».

El Juzgado dicta sentencia en la que se le reconoce en situación de incapacidad permanente total, derivada de accidente de trabajo, condenando a las demandadas a estar y pasar por dicha declaración.

La Mutua disconforme deduce recurso y la Sala lo estima alegando que la pretensión que ejercita la Mutua es procedente pues en definitiva es fundamental para el litigio determinar si la invalidez que proceda, se debe a enfermedad común como se dijo en el expediente administrativo, o bien se debe como pretende el demandante a accidente laboral, y para ello necesariamente se ha de

efectuar una exposición en los hechos de todas aquellas circunstancias que puedan influir en su determinación y de ahí que los datos exactos de la propuesta de Mutua que aparecen acreditados en prueba documental, deben figurar en la redacción del hecho cuarto, al acreditar la omisión padecida por el Magistrado y en su caso el error, ante la clara y determinante prueba documental advenida en su caso en que se apoya la Mutua recurrente y sin que pueda quedar sin efecto la solicitada redacción, según se argumenta por la representación del trabajador, en cuanto se refiere a que el día 27 de septiembre de 1991 causó baja por enfermedad común diagnosticándole hernia discal, ya que estima fue por accidente laboral, para lo que alude y se refiere a unos recibos de salarios del mes de abril y agosto de 1992, que no guardan relación con el 27 de septiembre del año anterior, y ni tan siquiera es óbice ni contradice el hecho, la cartulina que se presenta del control de accidentes en la que el practicante con fecha 26 de septiembre de 1991, solicita a la empresa le dispensen al demandante de hacer trabajos ese día ya que al día siguiente iría a la consulta de la Mutua y a la vista del informe se procederá a su situación.

Sentencias a favor:

TSJ País Vasco, sentencia de 6 marzo 2007.[JUR\2007\137709](#) – Sobre accidente de trabajo.

TSJ Galicia, sentencia de 20 enero 2004.[JUR\2004\80379](#) –Sobre la no consideración como accidente de trabajo.

TSJ Extremadura, sentencia núm. 577/2003 de 25 septiembre 2003.[JUR\2004\56019](#) –Sobre accidente de trabajo.

Tribunal Superior de Justicia de País Vasco (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia núm. 1542/2007 de 22 mayo. [AS\2008\513](#)

La sentencia trata el caso concreto de un trabajador de profesión habitual almacenero que presta sus servicios desde 1997 para una empresa de recubrimientos orgánicos.

El trabajador presenta ante el INSS solicitud de incapacidad, e instruido el correspondiente expediente administrativo, emitió la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades su preceptivo informe, siendo propuesta por el EVI la calificación del trabajador como incapacitado permanente en grado de total por contingencia de enfermedad común, y confirmada por la Directora Provincial del citado órgano gestor

Las secuelas que presenta el trabajador solicitante son las establecidas como conclusiones, derivadas de la siguiente valoración de datos:

- Antecedentes: No refiere ni constan antecedentes de interés.
- Afectación actual: Varón de 34 años. Expediente iniciado a instancia del INSS por agotamiento de 18 meses. Inicia período de IT por enfermedad

común el 30/06/03 con el diagnóstico de lumbalgia y/o cervicalgia.

En las pruebas de imagen realizadas en la Mutua previamente se objetivan tres hernias discales en región cervical y una lumbar.

Valorado por los especialistas en traumatología y rehabilitación, con escasa respuesta a los tratamientos recibidos.

Refiere dolor en región cervical y lumbar de características mecánicas. No posible bipedestación mantenida. Se levanta con dolor y rigidez lumbar. Insomnio de mantenimiento por dolor. Parestesias en extremidad inferior derecha y ambas manos.

El Juzgado de lo Social dictó sentencia desestimando la pretensión del trabajador que teniendo reconocida la incapacidad permanente total por enfermedad común solicita que lo sea por accidente de trabajo para la categoría profesional de almacenero, con limitaciones que no se discuten a nivel de columna lumbar y columna cervical.

La Sala desestima el recurso y argumenta que no existe la constancia de la evolución ni de la agravación y sólo de una patología cuya evidencia de herniaciones discales ha justificado la consideración de los procesos previos estudiados judicialmente como de contingencia común, donde los dolorimientos a nivel de columna cervical y columna lumbar han tenido unos determinados procesos de incapacidad temporal que en modo alguno recogen pautas de agravación que sean incardinables en el art. 115.2f), pues no se cerciora la Sala de la lesión constitutiva de los accidentes que nos den los elementos exigibles para tal agravación y demuestren que las dolencias en procesos de incapacidad temporal calificados como de contingencia común deban ser ahora valorados como contingencia profesional.

Tribunal Superior de Justicia de La Rioja (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia núm. 43/2008 de 15 mayo. AS\2008\2275

En esta sentencia se trata el caso de un trabajador que presta sus servicios para una empresa de seguridad.

El vigilante acude a los servicios médicos de su Mutua el día 3 de julio de 2006, refiriendo que el día 1 de julio de 2006 ha dado un mal paso, y notó dolor en muslo y glúteo derecho, que se diagnostica de contractura-tirón muscular de glúteos e isquiotibiales, se trata con antiinflamatorios los días 3 y 4 de julio, con buena evolución, no precisando de baja laboral..."

El trabajador acude a los Juzgados al considerar accidente laboral la lesión que sufre y la Sala desestima el recurso alegando la doctrina reiterada sobre el concepto legal del accidente de trabajo ha venido manteniendo en sentencias, entre otras muchas y últimamente, de 30 de enero de 2006 (AS 2006, 798) , 14 de noviembre de 2006 , 30 de marzo de 2007 (PROV 2007, 282210) y 24 de abril de 2007 (PROV 2007, 289974) , en aplicación tanto del antiguo artículo 84 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Decreto

2065/1974, de 30 de mayo (RCL 1974, 1482) , como del actual artículo 115 del actual Texto Refundido de la misma Ley, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio (RCL 1994, 1825) , que reproduce íntegramente la redacción de aquél.

"El concepto legal del accidente de trabajo se expresa como "toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena" (artículo 115.1).

Se configura así el accidente laboral a través de tres elementos: lesión, trabajo por cuenta ajena y relación entre lesión y trabajo, elementos generosamente interpretados desde antiguo por la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del extinto Tribunal Central de Trabajo, en aras a la máxima protección del trabajador.

Sentado lo anterior se desestima el recurso planteado por el trabajador por considerar que no existe relación de causalidad entre esa baja médica y el trabajo porque la determinación de ese nexo causal es una cuestión eminentemente fáctica y, por tanto, el Tribunal ha de estar a la conclusión probatoria y a la valoración de la prueba realizada por el Juzgador de instancia, por ser a él a quien incumbe establecer por su inmediación con los elementos de convicción que constituyen un concepto más amplio que los medios de prueba la realidad fáctica, salvo que su valoración resulte arbitraria, ilógica, irracional o carezca manifiestamente de motivación, que en el caso presente no acontece a la vista de que, según resulta de los inmodificados datos de hecho contenidos en la sentencia del Juzgado de lo Social.

Sentencias a favor:

TS (Sala de lo Social), sentencia de 9 mayo 2006. [RJ\2006\3037](#) –Sobre el concepto y requisitos del accidente de trabajo.

TSJ Madrid, sentencia núm. 640/2006 de 18 septiembre 2006. [AS\2006\3428](#). –Sobre el concepto y requisitos del accidente de trabajo.

TSJ Navarra, sentencia núm. 97/2006 de 24 abril 2006. [AS\2006\1228](#) –Sobre el concepto y requisitos del accidente de trabajo.

TSJ La Rioja, sentencia núm. 9/2006 de 30 enero 2006. [AS\2006\798](#) –Sobre el concepto y requisitos del accidente de trabajo.

Tribunal Superior de Justicia de La Rioja (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia núm. 9/2006 de 30 enero. AS\2006\798

La sentencia trata el caso de un trabajador que presta servicios laborales como peón en una empresa constructora.

El operario en cuestión, cuando se encontraba desarrollando su actividad laboral, sufrió un dolor lumbar. Fue dado de baja por los servicios médicos de la mutua, con el diagnóstico de lumbalgia de repetición, y posteriormente fue dado de alta médica por curación.

Con anterioridad había tenido episodios de lumbalgia. Posteriormente es dado de baja por el médico de la Seguridad Social, con el diagnóstico de lumbociática izquierda por hernia discal L5-S1 intervenida y fue dado de alta por curación.

Fue nuevamente dado de baja, por recaída del proceso anterior, por el médico de la Seguridad Social, con el diagnóstico de lumbociática izquierda por hernia discal L5-S1.

En estudio de resonancia magnética nuclear se objetiva disminución de altura e intensidad del disco L5-S1 con pequeña hernia discal posterior y central de predominio izquierdo.

Solicitada por el trabajador valoración de contingencia, por Resolución del INSS estima que el accidente inicial ha agravado una hernia discal diagnosticada al actor.

El Juzgado confirma la resolución que es recurrida por la Mutua que entiende que la sentencia de haber infringido, por el concepto de aplicación indebida, el artículo 115.2.f) de la Ley General de la Seguridad Social (RCL 1994, 1825) y, sosteniendo, en definitiva, su pretensión subsidiaria de que se declare que la incapacidad temporal iniciada se deriva de enfermedad común y no de accidente de trabajo.

El precepto que la Mutua considera ha sido indebidamente aplicado por la sentencia recurrida al supuesto de autos dispone que «Tendrán la consideración de accidentes de trabajo:... f) Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente».

La Sala desestima el recurso deducido por la Mutua con base sobre el concepto legal del accidente de trabajo que se ha venido manteniendo en numerosas sentencias, entre otras muchas, de 31 de diciembre de 1990; 8 de marzo (AS 1991, 1797) y 6 de junio de 1991 (AS 1991, 3684); 27 de marzo y 31 de diciembre de 1992 (AS 1992, 6007); 15 de abril de 1993 (AS 1993, 1899); 24 de enero y 30 de marzo de 1995; 24 de junio y 2 de septiem-

bre de 1997; 24 de enero (AS 1998, 171), 14 de julio y 20 de octubre de 1998 (AS 1998, 3863); 13 de septiembre de 2001, 18 y 31 de julio y 29 de octubre de 2002, y 4 de marzo, 29 de abril, 8 y 20 de mayo y 17 de junio de 2003, y 13 de abril, 14 de septiembre y 2 de diciembre de 2004 (PROV 2005, 20518), y 25 de enero (PROV 2005, 53221) y 13 de octubre de 2005 (PROV 2006, 7160), en aplicación tanto del artículo 84 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Decreto 2065/1974, de 30 de mayo (RCL 1974, 1482), como del artículo 115 del actual Texto Refundido de la misma Ley, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio.

En el presente caso, resulta palmario que el indiscutido accidente de trabajo sufrido por el trabajador agravó el proceso degenerativo preexistente, de manera que lo que hasta entonces había sido una pequeña hernia discal, pasó a ser una hernia discal aumentada, extruida y migrada caudalmente. Y esa agravación de lesiones anteriores como consecuencia del accidente es lo que tipifica el accidente de trabajo en el diseño legal del apartado 2 f) del artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social.

Sentencias a favor:

TSJ C. Valenciana, sentencia núm. 975/2008 de 4 abril 2008. JUR\2008\244804 –Sobre los accidentes de trabajo.

TSJ Murcia, sentencia núm. 708/2006 de 15 junio 2006. JUR\2006\248674 –sobre incapacidad temporal.

TSJ Cataluña, sentencia núm. 3509/2006 de 8 mayo 2006. AS\2006\3146 –Sobre la competencia del INSS en la determinación de la contingencia causante de la IT.

TSJ La Rioja, sentencia núm. 43/2008 de 15 mayo 2008. AS\2008\2275 –Sobre el concepto y requisitos del accidente de trabajo.

6ª PARTE. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- 1) El Término Daño Laboral incluye un amplio concepto que engloba, además de las clásicas concepciones de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional, un grupo de afecciones y patologías cuya relación con el trabajo es, en ocasiones, difícil de demostrar.
- 2) El Daño Laboral en sus distintas acepciones no está totalmente homogeneizado en todos los países de la Unión Europea, pues aunque existen unos criterios mínimos comunes a todos sus miembros, cada país ha desarrollado en mayor o menor medida la cobertura en dichos aspectos.
- 3) Las diferencias en el concepto de Daño Laboral entre España y los países de referencia hispanoamericanos estudiados son evidentes, y se objetiva la necesidad de establecer en el futuro una mayor colaboración, con aportes mutuos, que facilite el establecimiento de criterios comunes en prevención para beneficio de todos los trabajadores.
- 4) Las diferencias en la normativa sobre incapacidades laborales y discapacidades sociales entre España y el resto de países estudiados, tanto de la UE como de Hispanoamérica, marca pautas distintas de puesta en práctica en cada uno de ellos. Si bien el objetivo es común en todos, está supeditado a las propias diferencias sociológicas y económicas de cada país, que modulan sus actuaciones en estos temas.
- 5) Las enfermedades que afectan a la columna lumbar forman un bloque de patologías en el que la determinación de la contingencia laboral como enfermedad común o profesional, plantea con frecuencia controversias que atañen al propio trabajador, a las empresas y a la sociedad en su conjunto.
- 6) Los costes asociados a las patologías de columna lumbar son cuantiosos, tanto más si se consideran de forma específica los costes indirectos ligados a la pérdida de jornadas laborales por incapacidad del trabajador.
 - a) La lumbalgia constituye el primer motivo causal de procesos de incapacidad en España. Durante el 2010 se perdieron por IT debida a esta patología 6.188.626 jornadas de trabajo.
 - b) El Coste económico mínimo aproximado de los procesos lumbares en España en el año 2010 se calcula que fue entre 108.610.386,30 y 130.641.894,86 euros, según tomemos como base los baremos de coste jornada establecidos para 2010 en el IPREM y SMI respectivamente (17,55 y 21,11 euros).
 - c) Teniendo en cuenta las cifras oficiales que establecen para cada día de trabajo un coste de 31,75 euros, el gasto total por lumbalgia, supondría al menos el 4,35% del total del gasto en IT en España por todos los procesos.

- 7) La aplicación de unos criterios de actuación en este tema que incluiría, entre otros, ajustarse al máximo a los tiempos estándares considerados por el INSS para cada una de las enfermedades, supondría un ahorro en costes con un beneficio global para la sociedad.
- 8) El peso que tiene la lumbalgia, tanto desde el aspecto sanitario como social, no se ve paralelamente reflejado en la bibliografía médica, con un número de publicaciones bajo en relación a la repercusión socio-laboral, ni tiene el peso específico necesario, tal y como lo indica el estudio bibliométrico y bibliográfico realizado en esta temática.
- 9) La dificultad en el manejo administrativo-laboral de las enfermedades de la columna lumbar conlleva que su repercusión jurídica sea muy extensa, tal y como queda reflejado en la revisión jurisprudencial realizada y en las sentencias comentadas de la jurisprudencia española.

6.2. Recomendaciones preventivas en relación con las conclusiones y posibles proyectos de futuro a desarrollar para el beneficio de los trabajadores y la optimización de los recursos sociales.

- 1) Establecer convenios de colaboración con los países de nuestro entorno que permitan tener un mejor conocimiento de la aplicación en la práctica de las directivas europeas en referencia al daño laboral.
- 2) Establecer estrategias de intercambio de experiencias en estas temáticas con los países hispanoamericanos con los que compartimos aspectos culturales y sociológicos de interés y facilitar un entendimiento enriquecedor para todos los implicados.
- 3) Establecer unos criterios de actuación más claros para trabajadores, empresarios, sanitarios, agentes sociales y representantes políticos en organizaciones y entidades implicadas que eviten discriminaciones o divergencias interpretativas con repercusiones socio-económicas y jurídicas.
- 4) Promover la investigación en los aspectos relacionados con la prevención de estas patologías y su repercusión laboral y social, así como en las implicaciones sanitarias y sociales de las enfermedades lumbares.
- 5) Promover la prevención primaria, si es posible y secundaria o terciaria cuando así se requiera en las enfermedades de columna lumbar, de forma especial si subyace una implicación de factores de riesgo laboral.
- 6) Promover la formación (al médico– en su función preventiva y pericial– y al trabajador afectado– en materia de prevención, con especial referencia a los aspectos ligados a su día a día profesional según puesto de trabajo y sector–).
- 7) Promover los aspectos preventivos y formativos e informativos necesarios para facilitar un mayor conocimiento en estas materias con beneficios más que evidentes para la sociedad de la que todos formamos parte activa.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellan Garcia, A; Hidalgo Checa, RM. Definiciones de discapacidad en España. Madrid: Informes Portal Mayores; 2011.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. La Directiva marco sobre seguridad y salud en el trabajo. [Disponible en: «<http://osha.europa.eu/es/front-page>». Consulta: 26/05/2011]
- Alonso Olea M. Derecho del trabajo. 22ed. Madrid: S.L. Civitas Ediciones; 2004.
- Aparicio Tovar J. Introducción al derecho social de la unión europea. Albacete: Edit. Bomarzo; 2005.
- A.R.P COLPATRIA. Conceptos Básicos En Salud Ocupacional. 2002.
- A.R.P COLPATRIA. Guía Para la elaboración de un programa de Salud Ocupacional Empresarial. 2003.
- Aso, J *et al.* Hernia discal traumática. Implicaciones médico-legales. Cuad Med Forense 2010;16 (1-2): 19-30.
- Ayala Cáceres CL. Concepto jurídico de enfermedad profesional. Protección y seguridad 2004 May-Jun 50(295):32-38.
- Battié M, Bigos S, Fisher L, Hannson TH, Jones ME, Wortley MD. Isometric lifting strength. As a predictor of industrial back pain reports. Spine 1989;14:851-6.
- Biering-Sörensen F. Physical measurements as risk indicators for low-back trouble over a one-year period. Spine 1984;9: 106-19.
- Boos N, Rieder R, Schade V, *et al.* The diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging, work perception, and psychosocial factors in identifying symptomatic disc herniation. Spine 1995;20: 2613-25.
- Cady L, Thomas P, Karwasky R. Program for increasing health and phisycal fitnes of firefighters. J Occup Med 1985; 27: 110-4.
- Castellano Arroyo, M, Molina A. La I.T. y su control médico. Aspectos médico-legales. La Mutua 2004; 10:9-35.
- Cisnal Gredilla JM. Análisis formal de la siniestralidad laboral en España. Propuestas de actuación. Madrid: Asepeyo; 2002.
- Colombia. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, CM. Conozca el sistema general de riesgos profesionales: prevención es bienestar y productividad. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social 1995; Colombia.
- Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde. Igualdad y no discriminación en la Unión Europea ampliada. Bruselas: COM(2004)379 final.
- Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones: Hacia una Europa sin barreras para las personas con discapacidad Bruselas, 12 de mayo de 2000 COM (2000) 284 final.
- Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo y al Comité Económico y Social europeo y al Comité de las Regiones. Situación de las personas con discapacidad en la Unión Europea ampliada: el plan de acción europeo 2006-2007. Bruselas, 28.11.2005. COM(2005) 604 final.
- Consejo de Europa (Estrasburgo). Carta Social Europea. Turín: 18 de octubre de 1961.
- Departamento de Salud Ocupacional Universidad del Valle. Programa de salud ocupacional de la Universidad del valle. Santiago de Cali, Enero 2007. [Disponible en: «<http://saludocupacional.univalle.edu.co/>». Consulta: 10/11/2011].
- Feldstein A, Valains B, Vollmer W, Stevens N, Overton C. The back injury prevention project pilot study. J Occup Med 1993; 35:114-20.
- González-Posada Martínez E. El accidente de trabajo: evolución normativa y tratamiento jurídico comparado. Revista Universitaria de Ciencias del trabajo 2000; 1: 73-90.
- Grau M. Normativa española y comunitaria básica sobre prevención de riesgos laborales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Secretaría General de Empleo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
- Hernández Cueto, Cl. "Valoración médica del daño laboral. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados". 2ª ed. Barcelona: Editorial Masson; 2001.
- Hoogendoorn W, Van Pollel MNM, Bonger PM, Koes BW, Bouter LM. (2000) Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. Spine 2000; 25: 2114-25.
- Kinney RK, Gatchel RJ, Polatin PB, Fogarty WT, Mayer TG. Prevalence of psychology in acute and chronic low back pain patients. J Occ Rehab 1993; 3:95-103.
- Jimena Quesada L. La carta social europea y la Unión Europea. Revista Europea de Derechos Fundamentales 1er Semestre 2009; 13: 389-407.
- Legislación básica en materia de prevención de riesgos laborales. [Disponible en: «www.edu.gva.es». Consulta: 26/05/2011].
- Lesage M. Enfermedades relacionadas con el trabajo y enfermedades profesionales: lista internacional de la OIT. Enciclopedia OIT, 26(2) 2001.
- Lupi JL. Hernias abdominales accidente indemnizable vs enfermedad inculpable. Cuadernos de Medicina Forense Sep 2003. Año 2, 2:17. Buenos Aires. [Disponible en: «http://www.csjn.gov.ar/cmf/cuadernos/2_2_51.htm». Consulta: 10/11/2011].
- Magnusson M, Granqvist M, Jonson R, Lindell V, Lundberg U, Wallin L, Hansson T. The loads on the lumbar spine during work at an assembly line. The risk for fatigue injuries of vertebral bodies. Spine 1990; 15:774-9.
- Merletti F, Oisen J, Vuylsteek K. Estudio de las causas de las enfermedades laborales. Introducción a la Epidemiología Laboral. Barcelona: SG ed; 1990.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración. España. Observatorio Sociolaboral. Normativa. [Disponible en: «<http://www.mtin.es/es/mundo/osocilab/normativa>». Consulta: 10/11/2011].
- Ministerio de Trabajo e Inmigración. Gobierno de España. Comunicación de Patologías no Traumáticas Causadas por el Trabajo A.T. (Accidentes de Trabajo) PANOTRATSS [Disponible en: «<https://sede.seg-social.gob.es>». Consulta: 14/02/2011].
- MISSOC (Mutual Information System on Social Protection), 2011. Social Protection in the Member States of the European Union, the European Economic Area and in Switzerland. Bruselas: Comisión europea. Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión.
- Molina Navarrete C. Nuevo cuadro de enfermedades profesionales, enfermedades del trabajo y riesgos psicosociales. ¿Una nueva oportunidad de modernización real perdida?. La Mutua 2007; 18:21-34.
- Ojeda Gil JAy Díez Agúndez MR. Evaluación de la invalidez por la medida de la tasa de incapacidad física o funcional. [Disponible en: «<http://www.peritajemedicoforense.com/OJEDA6.htm>». Consulta: 10/11/2011].
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Ginebra: Grupo de Evaluación, Clasificación y Epidemiología; 1980.
- ONU. Declaración Universal de Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.

40. Parra M. Conceptos básicos en Salud laboral. Santiago: Oficina Internacional del Trabajo, 2003.
41. Pérez Guisado J. Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. *Rev Cubana Ortop Traumatol* [online] 2006;20(2).
42. Pérez Irazusta I, Alcorta Michelena I, Aguirre Lejarcegui G, Aristegi Racero G, Caso Martínez J, Esquisabel Martínez R, et al. Guía de práctica clínica sobre lumbalgia Osakidetza. GPC 2007/1. Vitoria-Gasteiz.
43. Rossignol M, Suisa S, Abenheim L. Working disability due to occupational back pain; three-year follow up of 2,300 compensated workers in Quebec. *J Occup Med*. 1988;30:502-5.
44. Ruesga o SM, Carbajo D, Gómez V et al. Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Investigación financiada mediante subvención para el Fomento de la Investigación de la Protección Social (Orden TAS/940/2007). [Disponible en: «<http://www.segsocial.es/prdi00/groups/public/documents/binario/119785.pdf>». Consulta: 10/11/2011].
45. Sales Llopis, J. Hernia discal lumbar. [Disponible en: «<http://www.neurocirugia.com/diagnostico/hernialumbar/HERNIADISCALLUMBAR.htm>». Consulta on line el 27/7/2011].
46. Sevilla Merino J, Ventura Franch A. Evolución del Derecho social europeo. (Ejemplar dedicado a: Derecho social Internacional y Comunitario) *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración* 2005; 57:75-90.
47. Stevenson JM, Weber CL, Smith T, Dumas GA, Albert WJ. A longitudinal study of the development of low back pain an industrial population. *Spine* 2001;1370-1377.
48. Torres Prats, A y Matamalas Adrover, A. Patología discal lumbar, Manual del residente de COT.: [Disponible en: «<http://www.manualresidentecot.es/es/bloque-ii-columna-vertebral/27-patologia-discal-lumbar>». Consulta on line 27/7/2011].
49. Vida Soria J, Viñas Armada JM, Gallego Morales A *et al*. Manual para la formación en prevención de riesgos laborales. 4ª Edición Valladolid: Edit Lex Nova, S.A.; 2006.
50. Verdugo MA, Vicent C, Campo M, Jordán de Urríe B. Definiciones de discapacidad en España: un análisis de la normativa y la legislación más relevante. Servicio de información sobre Discapacidad (SID) 2001.
51. Vicente Herrero MT, Terradillos García MJ, Capdevila Garcia LM, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Aguilar Jiménez E, Lopez Gonzalez AA. Minusvalía, discapacidad e incapacidad. Una revisión desde la legislación española. *Semergen: revista española de medicina de familia* 2010; 8:456-461.
52. Videman T, Battié MC. The influence of occupation on lumbar degeneration. *Spine* 1999 Jun 1;24(11):1164-8.
53. Viikari-Juntura E, Vuori J, Silverstein BA. A life long prospective study on the role of psychosocial factors in neck-shoulder and low back pain. *J Clin Epidemiol* 1992; 45:543-5.
54. Vilches Fernández JM, Romero Fernández J. Lumbalgia mecánica. Manual del residente de COT. Consultado on line 27-07-2011. <http://www.manualresidentecot.es/es/bloque-ii-columna-vertebral/30-lumbalgia-mecanica>.
55. Zúñiga Castañeda G. Conceptos básicos en salud ocupacional y sistema general de riesgos profesionales. Jun 2004. Colombia. [Disponible en: «<http://www.sigweb.cl/biblioteca/SistemaColombia.pdf>». Consulta: 10/11/2011].

Conflicto de intereses

Los autores hemos recibido ayuda económica de FUNDACIÓN MAPFRE para la realización de este proyecto. No hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial o de FUNDACIÓN MAPFRE.