

LEGISLACIÓN Y COMPENSACIONES

José Luis Lampreave Márquez, M^a Esther Alonso Peces, M^a Elvira Vázquez Álvarez

RESUMEN

Aunque la preocupación principal de todo médico asistencial debe ser el establecer un correcto diagnóstico y dar el tratamiento adecuado a las patologías que presentan sus pacientes es importante ser también conscientes, de que con frecuencia estos actos médicos van acompañados o dan origen a diversas prestaciones. Los continuos cambios legislativos producidos en los últimos años en materia de Seguridad Social han supuesto una modificación importante en algunas de estas prestaciones por todos conocidas, que atañen tanto a la incapacidad temporal, con nuevos plazos de duración máxima encaminados a una mejor gestión y mayor control del gasto, como a la incapacidad permanente. En el presente capítulo se realiza un repaso de los aspectos más importantes relacionados con el control médico de la incapacidad temporal y, muy especialmente, de todo lo relacionado con la tramitación y valoración de la incapacidad permanente y sus diferentes grados, por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y sus Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI). También se analizan las patologías respiratorias incluidas en el vigente Real Decreto de Enfermedades Profesionales y las ventajas que suponen para el trabajador su reconocimiento como tales.

INTRODUCCIÓN

La normativa española vigente sobre incapacidad temporal (IT o baja médica) e incapacidad permanente (IP o invalidez) es el resultado de una evolución a lo largo de muchos años, en la que merece destacarse, como hito fundamental, la Ley General de la Seguridad

Social (LGSS), aprobada mediante Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio⁽¹⁾, verdadera norma reguladora básica. Ha sido importante también la Ley 42/1994, de 30 de diciembre⁽²⁾, que atribuyó al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) la competencia para la declaración de la invalidez, así como el Real Decreto (RD) 1300/1995, de 21 de julio⁽³⁾, que desarrolló dicha Ley en materia de incapacidades laborales, creando los equipos de valoración de incapacidades (EVI o Tribunales de Incapacidades). Éstos son actualmente los órganos colegiados designados por ley para la calificación de la IP en cada dirección provincial del INSS.

A diferencia de otras prestaciones, en las que se atiende exclusivamente al deterioro de la integridad corporal, lo que caracteriza la invalidez o incapacidad permanente (IP) es la valoración de la reducción de la capacidad de trabajo en función de las lesiones que sufre el paciente. Las indemnizaciones derivadas de su reconocimiento pretenden suplir parte de las pérdidas de rentas del trabajo ocasionadas por la enfermedad, ya sea mediante una pensión o prestación periódica vitalicia, o mediante una indemnización a tanto alzado (pago único), para las secuelas menos graves. En caso de reconocerse una pensión de IP, el importe dependerá, no sólo de la gravedad de las secuelas que hayan merecido un grado de invalidez concreto, sino también de otros conceptos, como la contingencia, la base reguladora del trabajador o, en caso de enfermedad común, la edad del paciente.

Las prestaciones derivadas del reconocimiento de una IP por el INSS son de carácter estatal, lo que supone que su tramitación y

reconocimiento no dependen de las CC.AA., como sí lo hacen la Sanidad o muchos Servicios Sociales. Su carácter contributivo implica además la necesidad de cumplir con requisitos administrativos, sin los cuales no cabe la declaración de IP como, por ejemplo, la afiliación a la Seguridad Social (SS), la existencia de una situación de alta o asimilada en la SS y un período mínimo de cotización previo. Parece por tanto aventurado comentar a un paciente concreto la posibilidad de que su patología merezca el reconocimiento de una IP o en qué grado, a pesar de que desde el punto de vista estrictamente médico pudiera parecer más o menos evidente el resultado. No son infrecuentes los casos en los que el trabajo que el paciente refiere desempeñar no resulta tal, o que tengan falta de cotizaciones previas, tanto en carencia genérica (número de años cotizados), como específica (cotizaciones en un período de tiempo determinado). Asimismo, la situación de no alta en la SS no permitirá tener derecho a pensiones de IP salvo que se trate de una incapacidad permanente absoluta (IPA) o una gran invalidez (GI) derivada de contingencia común y siempre que, a cambio, tenga unas cotizaciones previas mínimas de 15 años, tres de los cuales deben estar incluidos en los 10 últimos años. No obstante, la Ley 40/2007, de medidas en materia de SS⁽⁴⁾, ha introducido diversas novedades, pues ha reducido el período mínimo de cotización que se exige a los trabajadores menores de 31 años para acceder a una pensión de IP, estableciendo dos tramos en función de que se tenga o no cumplida esa edad (antes era de 26 años). Los que ya tengan 31 años cumplidos, el período mínimo exigido será en todo caso de 5 años, debiendo además tener 1/5 del tiempo comprendido en los 10 años inmediatamente anteriores al hecho causante de la pensión.

La IP debe ser reconocida antes de cumplir los 65 años de edad a la fecha del hecho causante, siempre que reúna todos los requisitos para poder jubilarse por edad. La excepción, importante para muchos de los pacientes que presentan una patología respiratoria,

son los casos debidos a enfermedad profesional, cuya IP es declarable años después de la edad de jubilación y aunque ya estuviera disfrutando de la pensión correspondiente, en atención al largo período de latencia de muchas de estas enfermedades.

No debe confundirse por tanto la IP, objeto de análisis en este capítulo, con otros conceptos relacionados pero claramente distintos, como es el de minusvalía. El reconocimiento de la condición de minusválido se obtiene cuando se iguala o supera el 33% tras sumar el porcentaje de discapacidad ponderada (anexo 1.A) con el baremo de factores sociales (anexo 1.B), según lo dispuesto en el RD 1971/1999, de 23 de diciembre⁽⁵⁾. Su declaración compete al IMSERSO u órgano correspondiente de las Comunidades Autónomas (CCAA) con funciones transferidas. Los casos más severos, con un grado de minusvalía $\geq 65\%$ y con otros requisitos (falta de ingresos, fundamentalmente) pueden optar a una pensión no contributiva en forma de renta mensual, cuya cuantía viene fijada anualmente por la Ley de Presupuestos Generales del Estado. Estas pensiones se desarrollaron a partir del artículo 41 de la Constitución Española, para promover el mantenimiento de un régimen público de SS para todos los ciudadanos y, por tanto, nada tienen que ver con las características laborales del paciente. Pretenden suplir unas necesidades económicas básicas, en base al grado de disminución de las capacidades del paciente. Un importante número de minusvalías se conceden a pacientes con lesiones congénitas o previas a la afiliación al sistema de SS, que en la modalidad contributiva (INSS) no tienen cabida, salvo agravamiento demostrable de las patologías con las que el paciente se afilió a la SS y empezó a trabajar.

Anteriormente, se establecían algunas equivalencias entre grados de IP (contributiva, INSS) y minusvalía (no contributiva, IMSERSO), pero en la actualidad se precisa reconocimiento por cada uno de los organismos responsables. No obstante, se consideran minusválidos, a diversos efectos, a los pensionistas de la SS y de Cla-

ses Pasivas. También el INSS, cuando declara la existencia de una incapacidad permanente absoluta (IPA) o una gran invalidez (GI), pero el paciente no tiene derecho a ella por incumplimiento de los requisitos administrativos establecidos por la Ley antes comentados, abre la posibilidad al paciente de cobrar una pensión no contributiva mediante la comunicación de oficio de dicha declaración al organismo gestor de las prestaciones no contributivas.

Tampoco debe confundirse la IP con el concepto de dependencia, introducido por la reciente Ley 39/2006, de 14 de diciembre⁽⁶⁾, definido como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. Esta Ley establece un nivel mínimo de protección definido y garantizado financieramente por el Estado. En su capítulo III, art. 26, establece diversos grados de dependencia en virtud de la puntuación obtenida en el baremo de valoración aprobado con posterioridad por el RD 504/2007, de 20 de abril⁽⁷⁾, e insta a que toda futura referencia en los textos normativos a minusválidos o personas con minusvalía se entiendan como realizadas a personas con discapacidad. Como equivalencia con los dos sistemas previos comentados, aquellos que tengan reconocida una pensión de gran invalidez (GI del INSS) o la necesidad de ayuda de tercera persona (IMSERSO, RD 1971/1999), tendrán también reconocido el requisito de encontrarse en situación de dependencia, al menos el grado 1, nivel 1 de dependencia.

INCAPACIDAD TEMPORAL

Se define como IT aquella situación debida a enfermedad común (EC) o profesional (EP), accidente de trabajo (AT) o no laboral

(ANL), durante la cual el trabajador recibe una asistencia sanitaria y está impedido para el trabajo. Se precisan unos requisitos generales para su reconocimiento cuando deriva de una EC (180 días cotizados en 5 años inmediatamente anteriores), mientras que para los casos de AT, ANL y EP, no se exige ningún período previo de cotización. En principio, debiera preceder a toda declaración de incapacidad permanente⁽¹⁾, siendo necesaria primero el alta médica sólo a efectos administrativos, de modo que el paciente no va a trabajar y sigue percibiendo el subsidio mientras es valorado por el INSS. Sin embargo, es frecuente que el paciente solicite valoración de IP sin estar en IT, a instancia de parte (por su cuenta), ya sea trabajando o desde el paro.

Es importante para todos los facultativos médicos involucrados directamente en la atención a enfermos, el conocer las modificaciones introducidas en la legislación para el control de la IT en los últimos años. Desde la regulación inicial de los modelos de partes de baja, los informes médicos complementarios y los informes trimestrales de control para la inspección por el RD 575/1997, de 18 de abril⁽⁸⁾ y la Orden Ministerial que lo desarrolló⁽⁹⁾, se han ido aprobando nuevas normas para el mejor seguimiento y control de la prestación económica por IT, otorgándose a los facultativos médicos del INSS la posibilidad de realizar intenciones de alta^(10,11). Recientemente se ha introducido una modificación de los artículos 128 y 131 de la LGSS, por la Ley 30/2005, de 29 de diciembre⁽¹²⁾ que, entre otras cosas, ha establecido un nuevo plazo de duración de la IT, actualmente de 12 m.

Antes de transcurrir dicho plazo, seguirá siendo el médico que inició la IT el responsable de mantenerla o darle el alta, pudiendo más adelante, y si lo estima oportuno, iniciar una nueva IT por recaída de la misma patología o por nueva patología, sin perjuicio de que el INSS o la Inspección del Servicio Público de Salud ejerzan sus labores de control. Debe tenerse en cuenta que, si entre los diferentes procesos de baja médica por recaída (misma

patología) no median al menos 6 meses, se acumularán unos con otros, siendo aplicable la suma total de los 12 meses referidos.

La novedad es que, agotados esos 12 meses de baja, el INSS es el único competente para decidir sobre la situación administrativa del paciente, pudiendo optar entre mantener de baja (prórroga de IT) como máximo otros 6 meses más para no superar los 18 meses de agotamiento por plazo máximo de IT, o bien valorar directamente una posible incapacidad o emitir el alta médica, sólo a efectos de la prestación económica por IT. Ya no vale por tanto el proceder hasta ahora habitual por el que las bajas podían durar casi sin obstáculos un año y medio. En Madrid esta normativa es de aplicación desde enero de 2008, por lo que tras 12 meses de baja, los pacientes son citados a reconocimiento en la unidad médica del EVI, para elaborar un informe que permita al órgano colegiado tomar alguna de las tres posibles decisiones expuestas.

Si opta por una prórroga de la IT, el paciente queda directamente a cargo del INSS, no debiendo recibir más partes de baja ni ser dado de alta aunque desee reincorporarse. Si se opta por valorar una posible IP, se iniciará de oficio el expediente y el EVI tomará alguna de las opciones posibles que se detallan en el apartado siguiente de este capítulo. Por último, si el EVI decide directamente decretar el alta médica agotados los 12 meses, el paciente dejará de cobrar la prestación, y no podrá volver a hacerlo por la misma o similar patología salvo que transcurran al menos 6 meses.

Como todo acto administrativo, tras recibir la comunicación de alta médica, el paciente podrá manifestar su disconformidad, concretamente ante la inspección médica del S^o Público de Salud, que a su vez podrá o no estar de acuerdo o no pronunciarse. Sólo si manifiesta su discrepancia en el plazo máximo de 7 días naturales proponiendo la reconsideración de la decisión de forma motivada, el INSS reevaluará el caso para tomar la decisión definitiva, bien reponiendo la IT a todos los efectos o confirmando el alta.

INCAPACIDAD PERMANENTE

La invalidez o incapacidad permanente (IP), según el artículo 136 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) de 20 de junio⁽¹⁾, es aquella situación del trabajador en la que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas y/o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. Puede reconocerse ya a los 12 meses de baja médica como se ha expuesto en el apartado anterior de este capítulo, o cuando se extinga el plazo máximo de 18 meses de IT previstos por la Ley, en cuyo caso se iniciará de oficio el procedimiento, en virtud de lo regulado por la OM de 18/1/1996⁽¹³⁾, que desarrolló el RD 1300/1995⁽³⁾ y siempre ajustándose a lo establecido por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre⁽¹⁴⁾, sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, debiendo examinar la situación en el plazo de 3 meses⁽⁴⁾.

Tramitación de la incapacidad permanente

Como se ha ido exponiendo, el proceso de la valoración de una IP puede iniciarse de varias formas y en momentos diferentes. Se considera iniciación de oficio aquella realizada por propia iniciativa de la Dirección Provincial del INSS, a criterio propio, o también ante una petición razonada por parte de la Inspección de Trabajo y SS. El Servicio Público de Salud, que inició la baja médica, puede proponer al EVI la valoración del caso antes de que se agoten los 12 meses de IT, mediante la emisión del informe propuesto (P47). También puede iniciarlo el paciente a instancia de parte, presentando su solicitud en un Centro de Atención e Información de la SS (CAISS) con los datos laborales y el certificado de cotizaciones. Pueden solicitarlo también las entidades colaboradoras de la SS (Mutuas de AT y EP o empresas colaboradoras). Los colectivos con órganos de jubilación propios, como los fun-

cionarios de Clases Pasivas, serán valorados por el INSS cuando le sea solicitado convenientemente. Algunos trabajadores cuentan con ‘tribunales médicos’ propios y no suelen precisar de valoración por el INSS para determinar una IP (militares, Guardia Civil y Policía Nacional), aunque algunos de ellos sí pasan por el EVI para ciertas prestaciones.

Tras su inicio, el paso siguiente será la citación del paciente en la unidad médica del EVI, donde el médico evaluador, inspector médico por oposición pero que trabaja adscrito al Tribunal de Incapacidades (EVI) del INSS, realizará un informe médico de síntesis^(5,13), en base a los informes y pruebas realizadas, a la anamnesis y exploración que él mismo efectúe y a las diferentes pruebas o informes que se consideren oportunos solicitar para completar la documentación del expediente. Para esto último, podrá solicitar al servicio médico responsable del paciente la información necesaria, en su calidad de autoridad pública en el ejercicio de dichas funciones, aunque también puede solicitar a las mutuas colaboradoras, a tal efecto, algunas pruebas recogidas en el acuerdo de colaboración entre INSS y AMAT, la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo. La instrucción del procedimiento abarcará además toda otra tramitación necesaria para la correcta valoración del caso por EVI, como el informe de cotización, o el informe de la Inspección de Trabajo y SS si hay responsabilidad empresarial por falta de medidas.

Equipo de valoración de incapacidades

Una vez instruido el expediente, deberá ser calificado en sesión de EVI para poder emitir-se el correspondiente dictamen. Hasta su formato actual, este Tribunal de Incapacidades ha atravesado diversas etapas. En 1968 se crearon las Comisiones Técnicas Calificadoras (CTC), central, provinciales, comarcales y locales, constituidas como tribunales médicos para resolver sobre temas de contenido médico, lo que probablemente hace que todavía hoy buena parte de la población se refiera a los actuales EVI como “tribunales médicos”. En 1982

fueron sustituidas por las Unidades de Valoración Médica de Incapacidades (UVMI), encuadradas en el entonces INSALUD y que emitían dictámenes e informes médicos, que se remitían a las Comisiones de Evaluación de Incapacidades (CEI) de la Dirección Provincial del INSS correspondiente para, a su vez, emitir y elevar propuestas al director provincial del INSS. Finalmente, mediante el RD 1300/1995⁽⁵⁾, se crearon los actuales EVI, uno por provincia salvo Madrid y Asturias, que cuentan con dos, permaneciendo actualmente sin constituirse sólo en las cuatro provincias catalanas. La OM 18/01/1996⁽¹³⁾ desarrolló este RD, estableciendo las competencias del INSS en materia de IP y definiendo al EVI como órgano colegiado encargado de su valoración mediante la emisión de dictámenes-propuesta. La Orden de 29/11/1996⁽¹⁵⁾, por su parte, estableció el procedimiento para la emisión de los dictámenes médicos a efectos de reconocimiento de determinadas prestaciones de Clases Pasivas, de modo que el personal civil incluido en el ámbito de cobertura de este Régimen, es valorado también por el INSS.

El EVI se compone de un presidente, un secretario y tres vocales preceptivos nombrados por el Director General del INSS, a saber, un médico evaluador de la unidad médica de dicho EVI con nombramiento de vocal y que actúa como ponente, un médico inspector del Servicio Público de Salud y un inspector de trabajo. También debe formar parte del EVI un médico inspector del Instituto Social de la Marina (ISM) cuando se decida sobre un paciente de su competencia, emitiéndose y elevándose el dictamen al director provincial del ISM (según disp. adic. 1ª del RD 1300/1995, de 21 de julio, para trabajadores del Régimen Especial de Trabajadores del Mar). En caso de calificación y determinación del nexo causal de víctimas de delitos de terrorismo, deberá acudir un vocal representante del Ministerio del Interior. La normativa también prevé que asistan expertos concretos (un rehabilitador, un experto en seguridad e higiene en el trabajo), sin voto en las deliberaciones.

Una vez analizadas las limitaciones y conclusiones descritas por el médico evaluador en su informe, junto con la profesión del paciente, se emitirá el dictamen correspondiente, que deberá informar sobre la existencia de una invalidez y su grado, la contingencia, el plazo a partir del cual se podrá instar la revisión por agravación o mejoría y si procede o no revisar por mejoría la situación de IP declarada, a efectos de una posible reincorporación del paciente gracias a la reserva del puesto de trabajo. De acuerdo con el art. 48.2 del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por RD-Legislativo 1/1995, de 24 de marzo⁽¹⁶⁾, ante una previsible mejoría, la IP declarada suspende la relación laboral sin extinguirla, de modo que puede llegar a producirse su reincorporación al puesto de trabajo si no ha transcurrido un período superior a 2 años a contar desde la fecha de la resolución por la que se declara la IP. Por el contrario, si al declarar la IP no se prevé la posibilidad de revisión por mejoría, la declaración de una pensión de invalidez produce la extinción de la relación laboral.

Además de la IP, el EVI realiza otras actuaciones que se recogen en el dictamen correspondiente. Así, determina las secuelas derivadas de AT y EP y su indemnización con arreglo al baremo en vigor, en caso de apreciarse lesiones permanentes no invalidantes (LPNI). Establece el porcentaje del incremento de la prestación en caso de falta de medidas de prevención de riesgos laborales. Designa la Mutua responsable de las prestaciones derivadas de contingencias profesionales (AT, EP). Determina la contingencia de las prestaciones, tanto de la IT cuando haya discrepancias entre la mutua, el servicio público de salud y/o el paciente, como de la IP. Reconoce las pensiones de orfandad a favor de huérfanos incapacitados, el incremento de la pensión de viudedad cuando se tiene un hijo incapacitado a su cargo, el reconocimiento del derecho a las prestaciones económicas por invalidez y por muerte y supervivencia del extinguido SOVI, la valoración de secuelas en los afectados por el síndrome tóxico⁽¹⁵⁾, así como las

pensiones de los lesionados o mutilados por la guerra civil española.

El EVI goza de la independencia técnica necesaria para emitir sus dictámenes, denominados dictámenes-propuesta cuando se eleven al propio director provincial del INSS para la firma de la resolución definitiva, o dictámenes-evaluadores cuando el EVI actúe como órgano consultivo a instancias de otro organismo que lo solicite, no mediando resolución firmada del INSS. Así se hace con los trabajadores del Régimen del Mar, elevados al director provincial del ISM, con trabajadores de Clases Pasivas para el reconocimiento de diversas prestaciones⁽¹⁵⁾, para las indemnizaciones a víctimas de atentados terroristas según la valoración de secuelas con arreglo a la Ley 32/1999⁽¹⁷⁾ y el RD 288/2003⁽¹⁸⁾, para la valoración de LPNI a solicitud de la Mutualidad de Funcionarios Civiles de la Administración del Estado (MUFACE) y para la determinación de la Gran Invalidez (GI) de la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) o de MUFACE. En todos ellos, el dictamen-evaluador se remitirá al órgano de jubilación correspondiente para que resuelva (Ministerio o Consejerías de Educación, Clases Pasivas, ISM, Ministerio del Interior, etc.).

En la resolución, deberá optarse entre denegar la IP por no alcanzar grado suficiente, demorar la calificación por un máximo de 24 meses⁽⁴⁾ en caso de que aún no sean definitivas las lesiones pero sea previsible su recuperación, o calificar, bien como lesiones permanentes no invalidantes (LPNI) o como invalidez (IP) en cualquiera de sus grados (ver apartado siguiente). Se establecerá también la contingencia, que normalmente coincidirá con el proceso de IT del que deriva, optando entre enfermedad común (EC) o accidente no laboral (ANL), ambas consideradas contingencias comunes (CCCC), o enfermedad profesional (EP) o accidente de trabajo (AT), ambas consideradas contingencias profesionales (CCPP). Los pacientes de Neumología serán en su mayoría EC o EP, aunque puede presentarse cualquier situación. También debe constar en

la resolución la profesión que se considera habitual del paciente y para la que se ha reconocido o denegado la prestación. Debe tenerse en cuenta que la Ley 24/1997⁽¹⁹⁾ especificó que, para los casos de AT y ANL, la profesión habitual es la desempeñada por el trabajador en el momento de sufrir dicho accidente y no la profesión ejercida de forma habitual al menos durante un año, como ocurre en la EC.

Si se optó por denegar la IP, el paciente deberá reincorporarse a su puesto de trabajo al día siguiente de recibir la resolución en su domicilio por correo certificado. Si había agotado el plazo máximo de IT de 18 meses, no podrá acogerse a una nueva IT por la misma o similar patología en los 6 meses siguientes a dicha resolución denegatoria, según el artículo 131 de la LGSS⁽⁴⁾. Sólo si transcurren más de 6 meses de tiempo real de aptitud laboral, no necesariamente trabajando, el INSS no entrará a valorar si procede o no la nueva IT.

Grados de invalidez

Si el EVI reconoce la existencia de una situación de IP, deberá especificar el grado correspondiente. Según el artículo 150 de la LGSS⁽¹¹⁾, las lesiones permanentes no invalidantes (LPNI) son aquellas lesiones, mutilaciones o deformidades de carácter definitivo, causadas por AT o EP que, aunque suponen una disminución o alteración de la integridad física del trabajador, no llegan a constituir una IP. No son por tanto valorables como LPNI aquellas lesiones que tengan un origen de EC o ANL. Las cuantías indemnizatorias están recogidas en el baremo correspondiente, percibiéndose una cantidad a tanto alzado (de una sola vez). Actualmente está vigente la Orden TAS/1040/2005, de 18 de abril⁽²⁰⁾, que actualizó las cuantías y modificó algunos baremos (ORL, testículo, ovario).

Se considera incapacidad permanente parcial (IPP) aquella que 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, no alcanzando por tan-

to el grado de total (IPT). Consiste en una cantidad a tanto alzado (24 mensualidades de la base reguladora) y su declaración es objeto de controversia en muchas ocasiones. Suele reservarse para casos de AT, si bien puede ser reconocida en otras contingencias, como EP o EC.

La incapacidad permanente total (IPT) para la profesión habitual es aquella que ocasiona al trabajador limitaciones para la realización de las tareas fundamentales de la misma. No se exige por tanto que la inhabilitación sea para todas y cada una de las tareas de dicha profesión. Conlleva la percepción de una pensión a modo de renta vitalicia, equivalente al 55 % de la base reguladora, sustituible por una indemnización a tanto alzado cuando el beneficiario lo desee y tenga menos de 60 a. Se denomina IPT cualificada cuando se incrementa en un 20 % adicional (75 % de la base reguladora), reservándose para aquellos trabajadores por cuenta ajena que por su edad, 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 (art. 139.2 LGSS). La edad a partir de la cual puede reconocerse este derecho al incremento es siempre de 55 años, por lo que puede reconocerse al declarar inicialmente la IPT o posteriormente, cuando reúna los requisitos. Diferentes normativas lo han ido extendiendo a otros regímenes de la SS distintos al Régimen General, como es el caso de los trabajadores por cuenta ajena de Regímenes Especiales del Mar y Agrario⁽²¹⁾ o los trabajadores por cuenta propia (RETA)⁽²²⁾.

La incapacidad permanente absoluta (IPA) es aquella que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio valorando, entre otras cosas, la posibilidad de cumplir con horarios y un rendimiento normal, con la calidad y fiabilidad mínima exigibles.

La gran invalidez (GI) se declara en aquellos casos en los que además de una situación de IP existan pérdidas anatómicas o funcionales que se estimen suficientemente importantes como para precisar la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida.

Se evalúa conforme a criterios médicos, mediante escalas de dependencia de tercera persona como la de Barthel o el RD 1971/1999 de calificación de minusvalías⁽⁵⁾ y, por tanto, no depende de aspectos laborales. Sin embargo, no hay un punto de corte establecido a partir del cual conceder o denegar la GI en el INSS. La situación terminal propia de pacientes oncológicos es también merecedora de una GI, según sentencias del Tribunal Supremo de mayo 2003 y octubre 2004, siempre que precise asistencia de otra persona para los actos esenciales de la vida. La declaración de GI viene asociada a una pensión de invalidez, normalmente a una IPA, pero no necesariamente. Supone un incremento del 50% en dicha pensión que recibe el trabajador, que se destina a remunerar a la persona que le cuida. En términos netos, será en principio cuantitativamente inferior si proviene de una IPT que si lo hace de una IPA. Este incremento puede ser sustituido por el internamiento del paciente en una institución asistencial pública del SS, financiada con cargo a sus presupuestos (según las prestaciones establecidas por el artículo 139 de la LGSS) aunque, desde el punto de vista práctico, este criterio goza de escasa aplicación y control. Además, por el RD-legislativo 3/2004⁽²³⁾, de 5 de marzo, entre las rentas exentas de la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, se establece la exención fiscal para las prestaciones reconocidas por la SS como consecuencia de IPA o GI (no tributan IRPF).

El cálculo del importe de las pensiones de IP derivadas de enfermedad común ha sido modificado por la Ley 40/2007⁽⁴⁾, de forma que se aplica un porcentaje que corresponde a los años de cotización, similar a lo que ocurre en las pensiones de jubilación para calcular la base reguladora, sobre la que luego se aplicará el 50%, 75% o 100% según se trate de una IPT, IPT cualificada o IPA.

Fase final del procedimiento

Tras emitirse el dictamen propuesta del EVI y elevarse a la Dirección Provincial del INSS, la última actuación de la fase de instrucción es

el trámite de audiencia, disponiendo el interesado de un plazo de 10 días para formular alegaciones y presentar los documentos que estime conveniente. También se dará audiencia a la entidad colaboradora y al responsable del recargo de prestaciones por falta de medidas de seguridad e higiene. Se puede prescindir de este trámite cuando no figuren otros hechos en el procedimiento que tengan que ser tenidos en cuenta en la resolución. Si el paciente presenta documentos o pruebas que contradigan el dictamen-propuesta emitido por el EVI, se reexaminará la decisión y será necesario un dictamen propuesta complementario del anterior, salvo en el supuesto de que se estime que nada de lo alegado modifica el dictamen propuesta.

En ocasiones el procedimiento se finaliza por vías menos habituales, como es el desestimamiento por parte del paciente si aún se está en tramitación, por paralización durante más de tres meses por causa atribuible al trabajador⁽¹⁴⁾, e incluso por incomparecencia a reconocimiento si el expediente lo inició a instancia de parte. No es posible, sin embargo, la renuncia de las prestaciones económicas ya establecidas, pues es algo excluido del ámbito de la acción protectora de la SS, lo que debe ser tenido en cuenta por el paciente, pues el INSS no está sujeto a las peticiones del interesado y puede reconocer una prestación superior o inferior a lo solicitado.

La resolución definitiva de la Dirección Provincial del INSS deberá producirse en un plazo inferior a 135 días^(5,15), aunque se puede ampliar este plazo en base al número de solicitudes u otras circunstancias. De no producirse, se entenderá desestimada la solicitud (silencio negativo). Su resultado debe ser notificado a todas las partes interesadas, como el trabajador, la empresa y también la Mutua en caso de pensiones o indemnizaciones reconocidas por contingencias profesionales y que asumen a su cargo. El paciente la recibirá en el plazo de 10 días a partir de la fecha en que ha sido dictada, conteniendo el texto íntegro, los recursos que procedan y ante qué órgano

y el plazo para interponerlos. Esta resolución es inmediatamente ejecutiva y no se interrumpe por la interposición de una reclamación previa ni por una posterior demanda ante el Juzgado de lo Social por lo que, en caso de denegarse la IP, el alta será efectiva y tendrá la obligación de reincorporarse a su trabajo al día siguiente.

Si decide interponer una reclamación previa ante la misma Dirección Provincial del INSS o del ISM que haya resuelto el expediente de IP⁽¹⁴⁾ en el plazo de 30 días, su escrito será evaluado en la unidad médica primero y por el EVI después en los casos en que se determine oportuno, optándose por estimar o desestimar en su caso lo solicitado por el paciente. Si se desestima, tiene de plazo otros 30 días hábiles para interponer demanda en el Juzgado de lo Social. Para los funcionarios civiles del Estado, la reclamación deberá presentarse ante su propio órgano de jubilación, lo que conllevará la solicitud de una ampliación de pericia al médico evaluador responsable del informe, para que se ratifiquen o modifiquen las conclusiones previas a la vista de los documentos presentados, volviendo a pasar por EVI para su nueva calificación.

Revisión de la incapacidad

Con el tiempo, toda pensión de IP reconocida por el INSS puede ser revisada. Para ello hay que respetar el plazo mínimo marcado en la resolución anterior, que es vinculante para las partes salvo en caso de error diagnóstico o si el incapacitado ejerce de nuevo una actividad laboral, para valorar si ésta es o no compatible. También se adelanta a la revisión la concurrencia de nuevas patologías no valoradas en su IP inicial. En el resto de situaciones, en las que hay agravación o mejoría de las mismas lesiones que produjeron la invalidez, deberá esperarse a que transcurra el tiempo previsto y siempre que no se hayan cumplido los 65 años, con la única excepción de las enfermedades profesionales.

La revisión se considera de oficio si la promueve la entidad gestora (Dirección Provincial

del INSS), las entidades colaboradoras de la SS (mutuas y empresas colaboradoras) o los empresarios responsables de las prestaciones que percibe el incapacitado. La revisión se considera de grado si es el propio interesado quien lo inicia, aportando los informes que demuestren el cambio solicitado. En términos generales, la revisión de oficio pretende disminuir el grado de IP reconocido o, si no hay cambios, mantenerlo, si bien en ocasiones debe aumentarse el grado por agravamiento de las patologías reconocidas o por concurrencia de nuevas lesiones. En cambio, las revisiones de grado suelen pretender lo contrario, es decir, incrementar el grado reconocido previamente. El EVI puede estar de acuerdo con el paciente por apreciar agravamiento o concurrencia de nuevas lesiones, o decidir mantenerle el grado de IP que ya tenía por agravamiento insuficiente. Si, por el contrario, se encontrara en una revisión de grado una clara mejoría de su estado previo, no podrá bajarse el grado directamente sino a través del inicio posteriormente de otra revisión, esta vez de oficio.

Compatibilidad de la pensión de incapacidad permanente

La valoración de la compatibilidad entre una pensión de IP ya reconocida por el INSS y otra diferente o un nuevo trabajo depende de diversos factores, siendo determinantes el tipo de actividad laboral reiniciada y el grado de invalidez reconocido previamente. Las LPNI y la IPP son compatibles con cualquier trabajo, puesto que de hecho permitieron en su momento continuar con el que ya venían realizando. Sin embargo, los pensionistas de IPT, IPA y GI están obligados a comunicar la simultaneidad entre la percepción de su IP y cualquier trabajo, por cuenta ajena o propia⁽²⁴⁾, y el incumplimiento de esta obligación supone una infracción sancionable.

La IPT es compatible con el salario que pueda percibir el trabajador en la misma empresa o en otra, siempre que se trate de una profesión diferente o de unas tareas distintas, tal y como reconoce la jurisprudencia del Tribu-

nal Supremo, sin importar que las secuelas tenidas en cuenta para esa IPT inhabiliten también en teoría para realizar las tareas básicas de la nueva actividad. Por tanto en INSS ya no se entra a valorar si la capacidad residual del paciente le permite desempeñarlo o no, ni si la nueva profesión incluye las mismas o similares tareas fundamentales que la profesión por la que fue declarado como IPT. Para los pensionistas de IPT por cuenta propia (autónomos del RETA y Régimen Especial Agrario), no será posible compatibilizarla con el ejercicio de trabajos por cuenta propia o ajena pertenecientes al mismo sector.

Una vez la nueva profesión se considera compatible, sólo quedaría en suspenso el incremento del 20% en caso de una IPT cualificada. Si en el futuro, el trabajador presentase nuevas patologías que le dificulten o impidan el desempeño de esta nueva actividad laboral, el EVI reevaluará el caso y decidirá si merece una nueva IPT para esta segunda profesión, en cuyo caso deberá optar por una de las dos reconocidas. Si al valorarlas conjuntamente, las secuelas fueran suficientemente graves, se podrá declarar una IPA. Habrá que considerar si se mantiene o se cambia la contingencia predominante, valorando conjuntamente todas las lesiones. Si, por el contrario, la nueva actividad laboral se ha considerado incompatible con su IPT, se iniciará una revisión de oficio para declarar una disminución de grado de IP (se baja a IPP), o la inexistencia de grado por mejoría del “estado invalidante profesional”, aunque persistan las patologías iniciales, puesto que el paciente ha demostrado trabajando que está apto para ello.

Si de lo que se trata es de valorar la compatibilidad de un paciente con una IPA o GI, la cuestión es más complicada y de nuevo condicionada por la Jurisprudencia previa. Aunque desde un punto de vista estrictamente médico no parece razonable que vuelva a trabajar alguien con una IPA o GI, pues su declaración implicó el reconocimiento de un deterioro físico o mental tan importante como para asumir que el paciente no podía realizar actividad laboral alguna o necesitar ayuda de otra

persona en los actos más esenciales de la vida, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 04/11/04, de casación de doctrina y de los criterios del INSS para recogerla en su proceder, se ha establecido que las pensiones IPA/GI no impiden el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado del inválido y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión. Se debe valorar si la nueva actividad es o no la misma que realizaba cuando se reconoció la IPA o GI, aunque haya cambiado el modo de ejercerla (cuenta propia o ajena) y si existe o no mejoría de las lesiones que motivaron tal resolución. Esto podrá permitir al EVI decidir si se le autoriza a continuar con la nueva actividad laboral a cambio de rebajar el grado de invalidez o incluso denegársela por mejoría de sus secuelas, o si se le mantiene el grado por persistencia de las mismas secuelas pero suspende el cobro de la pensión previa mientras permanezca dado de alta en la nueva actividad laboral. Solo las actividades no consideradas una profesión plena (trabajos de minusválidos en los Centros Especiales de Empleo), no presentan problemas de compatibilidad con una IPA o GI.

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Introducción

El artículo 116 de la LGSS⁽¹⁾ establece como concepto de enfermedad profesional (EP) aquella contraída como consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el listado de EP correspondiente y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias indicadas en dicho cuadro para cada EP. En el artículo 115⁽¹⁾, define como accidente de trabajo (AT) aquella lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena, incluyendo también los que sufra al ir o al volver del lugar de trabajo (accidente *in itinere*) y aquellas enfermedades no consideradas como profesionales por no estar incluidas en el artículo 116, pero con-

traerse realizando su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.

Antes de la inclusión de una nueva EP en un listado, se habrá tenido que demostrar una incidencia entre los trabajadores superior al resto de la población, además de identificada una clara relación causa-efecto entre determinadas condiciones de trabajo y esta patología, cuestión muchas veces problemática. Posteriormente, tras la evidencia científica, debe producirse el cambio normativo correspondiente. Por eso, ya en 1964, el Convenio 121 de la OIT instaba a que todo estado miembro estableciese una definición y una lista de EP que incluyera al menos las de su cuadro I⁽²⁵⁾ y así lo hizo España con su listado de 1978⁽²⁶⁾. Sin embargo, cuando la LGSS fue aprobada en España en 1994, nuestro listado era ya antiguo y aún permaneció sin actualizar otros 12 años más, lo que implicó un claro desfase, ya que se sabía claramente del origen profesional de muchas patologías, entre ellas varias respiratorias, que no podían ser consideradas como EP por no figurar en el listado. Ello obligó durante mucho tiempo a usar lo referido en el artículo 115, considerándolas al menos AT, a pesar de que médicamente no lo eran.

En su mayoría, han sido listados de EP de tipo cerrados, con un número definido de patologías que precisan de una actualización periódica pero que permiten presumir el origen laboral cuando el paciente presente una de dichas patologías y trabaje en una de las profesiones consideradas de riesgo para ella, sin necesidad de demostrar nada. La finalidad clásica ha sido la compensatoria, para indemnizar a los afectados por la patología producida, aunque cada vez más se pretende un alcance integral, que abarque aspectos preventivos, de protección de la salud y sólo *a posteriori*, de compensación y posibles responsabilidades para el empresario.

En nuestro sistema de Seguridad Social, el reconocimiento de la EP conlleva una serie de prestaciones. Por un lado, las de tipo asistencial durante el tiempo que sea necesario, inclu-

yendo cualquier tratamiento médico y quirúrgico, prescripciones farmacéuticas (gratuitas) y las técnicas diagnósticas y terapéuticas precisas, los aparatos de prótesis y ortopedia prescritos, vehículos para inválidos, cirugía plástica y reparadora adecuada en caso de deformaciones o mutilaciones importantes y la RHB necesaria para la curación y la recuperación de la capacidad para el trabajo. Por otro lado, las prestaciones económicas, que incluyen la posibilidad de acogerse al período de observación de 6 meses prorrogables por otros 6, para cuando la patología sea desconocida y precise de su estudio, así como el reconocimiento del derecho a una baja médica por contingencia profesional, cuyo abono corresponde a la entidad por la que el empresario ha optado para cubrir esta contingencia, generalmente las mutuas. La cuantía de la prestación es superior al de contingencias comunes, pues supone el 75% de la base reguladora desde el día siguiente al de la baja en la actividad, en vez del 60% desde el 4º día y el 75% desde el 20º día en adelante, aunque los convenios laborales de cada empresa con frecuencia minimizan esta diferencia al incrementar al 100% la base reguladora en todos los casos. Sin embargo, esa base reguladora con la que se hacen los cálculos de una pensión de IP es superior a la de contingencias comunes, pues incluye el salario real de los 12 m precedentes (salario, trienios, pagas extras, pluses y retribuciones complementarias, como las horas extraordinarias), mientras que en las contingencias comunes no se incluyen esos conceptos y se valoran los 72 m previos. Además, las prestaciones como la IT o la IP derivadas de la EP no requieren de unas cotizaciones previas para tener derecho a ellas. Esto no implica que se pueda declarar una EP desde el primer día que el trabajador entra en una empresa pues, como tal enfermedad, precisará de un tiempo mínimo de exposición y latencia para su generación, variable según cada caso.

En caso de fallecimiento, debe probarse y no presumirse que la defunción fue debida a la EP. Sólo en el caso de que el fallecido tuvie-

ra una EP diagnosticada y además una pensión de IPA o GI por EP, reconocida, se puede presumir que la causa de la defunción fue la patología profesional lo que permitirá a su cónyuge u otros familiares, tener derecho a prestaciones derivadas de EP (viudedad, orfandad...). Si se declara la existencia de un recargo de prestaciones por inobservancia de las medidas de seguridad e higiene, se incrementarán las prestaciones económicas que reciba el trabajador (no en caso de ANL ni de EC) en el porcentaje determinado por EVI a propuesta de la Inspección de Trabajo, que oscila entre un 30-50%, según la gravedad de la falta.

Otra de las características de las contingencias laborales es el derecho a optar a un cambio de puesto de trabajo⁽²⁷⁾. En el caso de los AT, se pretende adaptar el puesto a sus necesidades según las secuelas, pero en las EP se pretende, además, evitar la progresión de la patología, estando el empresario obligado a controlar eficazmente o eliminar el riesgo que originó la EP, reubicando al trabajador en un puesto compatible con su estado de salud. Sin embargo, la realidad práctica de este asunto es muy distinta, pues comúnmente se alega la ausencia de un puesto de trabajo alternativo a pesar de la necesidad de visto bueno previo de la Inspección de Trabajo. Esto acarrea un grave perjuicio para el trabajador, que suele perder su empleo y verse obligado en última instancia a demandar judicialmente lo acontecido. Además, no suele hacerse uso de la teórica protección del trabajador llegado el momento del despido, según la cual, el paciente cobraría un subsidio durante 12 m equivalente al salario percibido en su empresa, posteriormente un subsidio durante 6 m de su salario íntegro a cargo del INSS y, finalmente, pasaría a cobrar la prestación de desempleo durante otros 12 m, de nuevo equivalente a su salario íntegro y con cargo al INEM, lo que equivaldría a un total de 30 meses en los que el trabajador ve protegidos sus intereses económicos mientras busca un nuevo empleo compatible con su enfermedad.

Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SS (MATEPSS) son en principio las responsables de la gestión de las EP. Tras su reconocimiento, asumen el diagnóstico, el tratamiento y las prestaciones que se vayan derivando, incluyendo las que determine finalmente el EVI en caso de secuelas permanentes, invalidantes o no. Por su parte, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene (INSHT) se encarga tradicionalmente de asesorar sobre el origen profesional de aquellas patologías respiratorias que les sean remitidas, bien directamente por los especialistas en Neumología del Servicio Público de Salud o a través de las propias Mutuas. Sin embargo, algunos centros públicos cuentan con tecnología e infraestructura suficientes como para realizar ellos mismos el estudio del origen profesional en neumopatías. Asimismo, desde hace algún tiempo, los casos con antecedente de exposición al asbesto en Madrid están siendo estudiados directamente por el Servicio Público de Salud y derivados al INSS para su reconocimiento.

Tramitación de la enfermedad profesional

Tras años de espera, el RD 1299/2006, de 10 de noviembre⁽²⁸⁾, aprobó finalmente el cuadro de EP actualmente vigente en el sistema de la SS, estableciendo además unos nuevos criterios para su notificación y registro. La configuración del listado de EP como anexo dentro de esta normativa permitirá en el futuro actualizar la lista de EP de forma independiente. El desarrollo de este RD a través de la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero⁽²⁹⁾, ha establecido también el modelo de parte de EP actualmente en vigor, con las normas de elaboración, y ha creado el fichero de datos personales correspondiente para su tratamiento informático y para su comunicación por vía electrónica a través de Internet.

La cumplimentación y transmisión del parte de EP debe realizarse sólo por vía electrónica mediante la aplicación informática llamada CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales, SS), accesible a través de la ofi-

cina virtual de la página Web de la SS (www.seg-social.es). Esta herramienta crea también un fichero de datos personales, para su posterior explotación. La comunicación deberá efectuarse dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en la que se haya producido el diagnóstico de la EP y la totalidad de los datos contemplados en el anexo deberán ser transmitidos en 5 días hábiles como máximo tras la comunicación inicial.

Cuando la empresa tenga conocimiento de un posible caso de EP, deberá notificárselo a la Mutua responsable de la cobertura de las contingencias profesionales, para que sea ella quien cumplimente y tramite este parte electrónico de EP, además de gestionar todo lo relativo a la baja médica con sus respectivos partes de IT por EP. Cuando la Mutua responsable sea el propio INSS, como ocurre con todo el personal que trabaja para el Servicio Madrileño de Salud, la empresa (hospital, centro de salud,...) será quien remita el parte de EP a la Subdirección Provincial de Gestión de IT y otras prestaciones del INSS. Cuando sea el médico de Atención Primaria el que tenga a un paciente con posible EP, el INSS detectará también el caso de EP a través del sistema informático, siempre que se emita una baja médica y curse los correspondientes partes de baja por EP.

Esta informatización está permitiendo mejorar notablemente la información estadística disponible sobre la incidencia real de la EP en España, anteriormente infradeclarada. La Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales del Ministerio de Trabajo elabora esta información, que publica en el Boletín de Estadísticas Laborales mensual, trimestralmente y en el Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales⁽⁵⁰⁾. Se aportan datos sobre el número de casos de EP, por diagnósticos, profesiones, comunidad autónoma y por provincia o si causan o no baja. Hay que recordar que son partes de EP emitidos por sospecha, pendiente de su confirmación definitiva, por lo que deben cotejarse con las EP definitivamente reconocidas y declaradas por

el INSS. A la fecha de redacción de este capítulo ya estaban disponibles los datos de enero a junio de 2008. Las patologías del grupo 4 (EP causadas por inhalación de sustancias y agentes) suponían, en ese semestre, el 3,99% del total de EP comunicadas al CEPROSS (2,78% varones y 1,21% mujeres; 2,85% con baja médica y 1,15% sin IT), con 64 casos comunicados por sospecha de EP por sílice, 3 casos por carbón, 24 casos por asbesto, 24 casos por otras neumoconiosis, 175 casos en relación con la exposición a sustancias de alto peso molecular y 124 casos por sustancias de bajo peso molecular lo que, con otros casos más de otros agentes de menor importancia, suponen 432 casos comunicados en los meses referidos de 2008. Entre los años 1995 y 2004, cuando este sistema no estaba establecido, el número de casos era llamativamente inferior, apoyando la infraestimación referida, comunicándose en todo ese lapso de tiempo alrededor de 194 casos de neumoconiosis, muy por debajo de los casos de asma profesional (976 casos) o de irritación de vías aéreas superiores (335 casos).

En el transcurso del diagnóstico y tratamiento del paciente, la mutua o el servicio médico de empresa pueden mediar para que se reubique en otro puesto al paciente. Si esto no ocurre o si subsisten secuelas a pesar del tratamiento, se remite el caso al EVI para su valoración. Cuando la enfermedad se encuentre en un estadio inicial, si su sintomatología es intermitente según se esté o no en el entorno laboral, o si no existen, a juicio del Tribunal de Incapacidades, claras limitaciones para el desempeño de la actividad laboral, el INSS optará en principio por denegar la IP. Sin embargo, si se presume dificultad para encontrar en la empresa un puesto de trabajo alternativo, podrá optar por declarar una IPT por EP aun en ausencia de secuelas permanentes. Esto ocurre en pacientes con patologías como el asma profesional, donde es difícil encontrar una ubicación en la que el paciente no vaya a seguir expuesto a los neumoalergenos causantes de su sensibilización, especialmente si

la empresa es pequeña (caso de panaderos sensibilizados a harinas o alfa-amilasa). Algo similar ocurre con muchos casos de neumonitis por hipersensibilidad, frecuentemente asintomáticos y sin secuelas una vez alejados del puesto de trabajo, pero con continuas recaídas al reincorporarse, sin otro puesto donde reubicarse.

En los casos en que sí se objetiven secuelas permanentes derivadas de su patología profesional, el EVI deberá valorar la gravedad de las mismas para decidir el grado en que califica la IP. Para ello el informe médico de síntesis recomendará en sus conclusiones evitar el contacto con el agente causal y valorará la alteración funcional de las secuelas de acuerdo con sus manuales de actuación⁽⁵¹⁻⁵³⁾. En los casos como el asma profesional, donde exista una clasificación internacional de uso común en la práctica clínica (la GINA en este caso) deberá ser tenida en cuenta por el médico evaluador al orientar el EVI sobre sus conclusiones, indicando si se trata de un asma controlada o no, con sintomatología intermitente o persistente en grado leve, moderado o severo. Si dichos consensos o acuerdos no existen para la patología en cuestión, el médico evaluador habrá de especificar la gravedad de la sintomatología, su control con medicación, la repercusión funcional y el pronóstico de la misma, en base a los informes aportados de los especialistas en Neumología y de las pruebas e informes adicionales que se puedan solicitar.

Listado de enfermedades profesionales

Hasta llegar al vigente RD 1299/2006⁽²⁸⁾, de 10 de noviembre, de enfermedades profesionales, la legislación española ha seguido una notable evolución histórica, iniciada ya a inicios del siglo XX, cuando se formuló la primera regulación normativa que garantizaba un reconocimiento de la indemnización por daños profesionales, entonces calificados como accidentes de trabajo. Posteriormente se decretaron una primera Ley de Enfermedades Profesionales de 13/07/1936 y que no se llegó a aplicar (guerra civil), una Ley de Accidentes de

Trabajo en 1956 y un Decreto de EP (792/1961, de 13 de abril), que creó un fondo compensatorio del seguro de AT y EP. La Orden de 9 de mayo de 1962⁽²⁷⁾ introdujo normas reglamentarias para la EP y la Resolución de la Dirección General de la SS, de 6 de marzo de 1973, estableció el modelo de parte de EP y normas de tramitación⁽³⁴⁾. El RD 1995/1978⁽²⁶⁾ no se benefició de la importante evolución internacional posterior, gracias a la cual fueron surgiendo nuevas normativas y listados de EP, que sí han servido de guía para el desarrollo del vigente RD 1299/2006⁽²⁸⁾. Especialmente influyentes han sido la lista europea establecida por la Recomendación 2003/670/CE⁽³⁵⁾, que sustituía a su vez a una anterior Recomendación 90/326/CEE, y la lista de la OIT, recogida en la Recomendación 194 de 2002⁽³⁶⁾. El listado europeo ha servido de modelo en cuanto estructura y contenido normativo y ha permitido un análisis comparativo con el anterior listado español de 1978 para decidir qué se debía mantener, eliminar o incluir en el nuevo listado de 2006.

El resultado es un listado español que consta de un anexo I, con seis grupos de EP y un anexo II⁽²⁸⁾, con otros tantos grupos de patologías con sospecha no confirmada aún de tener un origen profesional para que, cuando la evidencia científica lo permita, sean incluidas en el anexo I. Dentro de las EP reconocidas como tales en el anexo I, en el grupo 4 figuran las EP debidas a la inhalación de sustancias o agentes no comprendidos en otros apartados (Tabla 1) mientras que, en el grupo 6, constan las enfermedades causadas por agentes carcinogénicos, entre las que se recogen diversas sustancias causantes de cáncer de pulmón de origen profesional (Tabla 2). Por su parte, dentro del grupo 4 del anexo II figuran, como pendientes de confirmación como EP, “las fibrosis pulmonares debidas a metales no incluidos en otros apartados”, “las afecciones broncopulmonares debidas a fibras de minerales artificiales y a fibras sintéticas” y “las afecciones respiratorias (asma) por sustancias irritantes no recogidas en anexo I”. Tam-

bién dentro del grupo 6 de este anexo II, se incluyen como posibles enfermedades provocadas por agentes carcinogénicos a “aquellas enfermedades no mencionadas previamente y con calificación C1 y C2 dada por el RD 1124/2000⁽³⁷⁾, de 16 de julio, que modificó el

RD 665/1997, de 12 de mayo⁽³⁸⁾, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo”. Merece comentarse la discrepancia existente entre los carcinógenos profesionales reconocidos como

TABLA 1. Grupo 4: enfermedades profesionales causadas por la inhalación de sustancias o agentes

| Agente | Principales actividades capaces de producir enfermedades relacionadas con el agente |
|--|---|
| Polvo de sílice libre: Silicosis | Trabajos expuestos a la inhalación de polvo de sílice libre, y especialmente: minas, túneles, canteras, galerías, obras públicas, tallado y pulido de rocas silíceas, trabajos de canterías, trabajos en seco, de trituración, tamizado y manipulación de minerales o rocas, fabricación de carborundo, vidrio, porcelana, loza y otros productos cerámicos, fabricación y conservación de los ladrillos refractarios a base de sílice, fabricación y mantenimiento de abrasivos y de polvos detergentes, trabajos de desmoldeo, desbardado y desarenado en las fundiciones, trabajos con muelas (pulido, afinado) que contengan sílice libre, trabajos en chorro de arena y esmeril, industria cerámica o siderometalúrgica, fabricación de refractarios y abrasivos, industria del papel y fabricación de pinturas, plásticos y gomas |
| Polvo de carbón: Neumoconiosis de mineros del carbón | Trabajos que impliquen exposición a polvo de carbón |
| Polvos de amianto (asbesto): Asbestosis. Afecciones fibrosantes de la pleura y pericardio que cursan con restricción respiratoria o cardíaca provocadas por amianto | Trabajos expuestos a la inhalación de polvos de amianto (asbesto) y especialmente: trabajos de extracción, manipulación y tratamiento de minerales o rocas amiantíferas, fabricación de tejidos, cartones y papeles de amianto, tratamiento preparatorio de fibras de amianto (cardado, hilado, tramado, etc.), aplicación de amianto a pistola, trabajos de aislamiento térmico en construcción naval y de edificios y su destrucción, fabricación de guarniciones para frenos y embragues, de productos de fibrocemento, de equipos contra incendios, de filtros y cartón de amianto, de juntas de amianto y caucho, desmontaje y demolición de instalaciones que contengan amianto |
| Otros polvos minerales (talco, caolín, tierra de batán, bentonita, sepiolita, mica, otros silicatos): talcosis, silicocaolinos, caolinos y otras silicatosis | Extracción y tratamiento de minerales que liberen polvo de silicatos, industria farmacéutica y cosmética, industria cerámica y de la porcelana, fabricación de materiales refractarios, industria textil, de alimentación, del papel del linóleo, cartón y de ciertas especies de fibrocemento, industria del caucho, fabricación de tintes y pinturas, industrias de pieles o de perfumes y productos de belleza, fabricas de jabones y en joyería, industria química y metalúrgica, trabajos de explotación de minas de hierro cuyo contenido en sílice sea casi nulo, trabajos expuestos a la inhalación de talco combinado con tremolita, serpentina o antofilita y operaciones de molido y ensacado de la barita |

TABLA 1. Grupo 4: enfermedades profesionales causadas por la inhalación de sustancias o agentes (continuación)

| Agente | Principales actividades capaces de producir enfermedades relacionadas con el agente |
|--|---|
| Metales sinterizados, compuestos de carburos metálicos de alto punto de fusión y metales de ligazón de bajo punto de fusión: Neumoconiosis por metal duro o acero de Widia. Siderosis | Trabajos en los que exista la posibilidad de inhalación de metales sinterizados, compuestos de carburos metálicos de alto punto de fusión y metales de ligazón de bajo punto de fusión (los carburos metálicos más utilizados son de titanio, vanadio, Cr, Mb, Tg y wolframio y como metales de ligazón se utilizan Fe, Nq y Co), trabajos de mezclado, tamizado, moldeado y rectificado de carburos de tungsteno, titanio, tantalio, vanadio y molibdeno aglutinados con cobalto, hierro y níquel, pulidores de metales |
| Escorias de Thomas | Fabricación y utilización de escorias de Thomas como abono |
| Neumoconiosis por polvo de aluminio | Extracción de Al a partir de sus minerales, en particular la separación por fusión electrolítica del óxido de Al, de la bauxita (fabricación de corindón artificial), preparación de polvos de Al, especialmente el polvo fino (operaciones, demolido, cribado y mezclas), preparación de aleaciones de Al, preparación de tintas de imprimir a partir del pigmento extraído de los residuos de los baños de fusión de la bauxita. Fabricación y manipulación de abrasivos de Al, fabricación de artefactos pirotécnicos con granos de aluminio, utilización del hidrato de Al en la industria papelera (preparación del sulfato de Al), en el tratamiento de aguas, en industria textil (capa impermeabilizante), en refinerías de petróleo (preparación y utilización de ciertos catalizadores) y en numerosas industrias donde el Al y sus compuestos entran en la composición de numerosas aleaciones |
| Antimonio y derivados | Trabajos que exponen a la inhalación de polvos, humos y vapores de antimonio, en especial: extracción de minerales que contienen antimonio y sus procesos de molienda, tamizado y concentrado, envasado del óxido de antimonio, soldadura con antimonio, fabricación de semiconductores o de placas para baterías y material para forrado de cables o de pinturas, barnices, cristal, cerámica (pentóxido de antimonio) o de explosivos y de pigmentos para la industria del caucho (trisulfuro de antimonio), uso en la industria del caucho y farmacéutica (pentacloruro de antimonio), fabricación de colorantes y uso en cerámica (trifluoruro de antimonio) |
| Berilio (glucinio) y sus compuestos | Manipulación y empleo del berilio y sus compuestos (fluoruro doble de glucinio y sodio), y especialmente: extracción y metalurgia de berilio, industria aeroespacial, industria nuclear, extracción del berilio de los minerales, preparación de aleaciones y compuestos de berilio, fabricación de cristales, cerámicas, porcelanas y productos altamente refractarios y fabricación de barras de control de reactores nucleares |

TABLA 1. Grupo 4: enfermedades profesionales causadas por la inhalación de sustancias o agentes (continuación)

| Agente | Principales actividades capaces de producir enfermedades relacionadas con el agente |
|---|--|
| Sustancias de APM (sustancias de origen vegetal, animal, microorganismos y sustancias enzimáticas de origen vegetal, animal y/o de microorganismos): rinoconjuntivitis, asma, AAE, SDRVA, fibrosis intersticial difusa, otras enf. de mecanismo impreciso (bisinosis, cannabinosis, yuterosis, linnosis, bagazosis, estipatosis, suberosis, etc.) y neumopatía intersticial difusa. | Trabajos en los que exista exposición a los agentes mencionados, relacionados con: industria alimenticia, panadería, industria de la cerveza, industria del té, industria del café, industria del aceite, industria del lino, industria de la malta, procesamiento de canela y de la soja, elaboración de especias, molienda de semillas, lavadores de queso, manipuladores de enzimas, trabajadores de silos y molinos, trabajos de agricultura, granjeros, ganaderos, veterinarios y procesadores de carne, trabajos en avicultura o piscicultura, industria química o del plástico o del látex o farmacéutica o textil o del papel o del cuero, industria de la madera: aserraderos, carpintería, acabados de madera, personal sanitario, higienistas dentales, personal de laboratorios médicos y farmacéuticos, trabajos con harinas de pescado y piensos compuestos, personal de zoológicos, entomólogos, encuadernadores, personal de limpieza, trabajos en los que se manipula cáñamo, bagazo de caña de azúcar, yute, lino, esparto, sisal y corcho, construcción y aplicación de pinturas, pigmentos, etc., mediante aerografía |
| Sustancias de BPM (metales y sus sales, polvos de maderas, productos farmacéuticos, sustancias químico-plásticas, aditivos, etc.): rinoconjuntivitis, urticarias, angioedemas, asma, AAE, SDRVA, fibrosis intersticial difusa, fiebre de los metales y de otras sustancias de BPM y neumopatía intersticial difusa | Trabajos en los que exista exposición a los agentes mencionados, relacionados con: industria del cuero, química, textil, cosmética y farmacéutica, trabajos de peluquería, fabricación de resinas y endurecedores, trabajos en fundiciones, fijado y revelado de fotografía, fabricación y aplicación de lacas, pinturas, colorantes, adhesivos, barnices, esmaltes, industria electrónica o aeronáutica o del plástico, o del caucho o del papel, o de la madera (aserraderos, acabados de madera, carpintería, ebanistería, fabricación y utilización de conglomerados de madera), fabricación de espumas de poliuretano y su aplicación en estado líquido, fabricación de látex, trabajos de aislamiento y revestimiento, trabajos de laboratorio o en fotocopiadoras, dentistas, personal sanitario (enfermería, anatomía patológica, laboratorio), flebología, granjeros, fumigadores, refinería de platino, galvanizado, plateado, niquelado y cromado de metales, soldadores, industria del aluminio, trabajos de joyería, trabajos con acero inoxidable, personal de limpieza, trabajadores sociales, trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados y aplicación de pinturas, pigmentos, etc., mediante aerografía |

APM: alto peso molecular; BPM: bajo peso molecular. SDRVA: síndrome de disfunción reactiva de la vía aérea. AAE: alveolitis alérgica extrínseca o neumonitis por hipersensibilidad

causa de EP y los incluidos por la IARC⁽⁵⁹⁾ como carcinógenos humanos, concretamente la sílice cristalina inhalada en forma de cuarzo o

cristobalita de fuentes ocupacionales (no considerada como causa de cáncer de pulmón profesional).

Otras normativas en enfermedades respiratorias

La silicosis está reconocida actualmente como EP, pero sigue en vigor la Orden 15.04.1969⁽⁴⁰⁾ a efectos de clasificar esta enfermedad en diferentes grados, lo que condiciona a su vez un grado de IP determinado. Según esta Orden, una silicosis de primer grado es aquella que presenta un patrón nodular al menos 1/1 en la Rx (ILO) e historia laboral compatible, pero que no produce disminución alguna de la capacidad de trabajar ni alteración funcional acompañante, por lo que no da derecho a invalidez, pero sí a un cambio de puesto de trabajo por inaptitud para realizar trabajos con riesgo de neumoconiosis, con los problemas que esto puede causar al trabajador como antes se ha expuesto. Una silicosis de segundo grado es aquella que presenta en la RX (ILO) un patrón nodular de evolución progresiva o un patrón de masas de fibrosis masiva progresiva (FMP) tipo A, sin déficit funcional respiratorio acompañante, considerándose que esto impide realizar las tareas fundamentales de la profesión, por lo que conlleva la declaración de una IPT por EP. La presencia de una silicosis de primer grado acompañada de una enfermedad intercurrente implica aumentar el grado de dicha silicosis de forma que, si coexiste “una bronconeumopatía crónica, acompañada o no de síndrome asmático” o “una cardiopatía orgánica, aunque esté compensada”, o “una sospecha de TB residual”, tendrá consideración de silicosis de segundo grado. La silicosis de tercer grado es aquella que presenta en la RX (ILO) una silicosis complicada, por presencia de masas de FMP de categoría B o C o que impide el menor esfuerzo físico y resultando incompatible con cualquier trabajo, lo que implica reconocer una IPA por EP. Cuando una silicosis de 1º o 2º grado se acompañe de “TB activa, CV < 50%, FEV1 < 40% o cardiopatía grado III-IV/IV de la NYHA” será considerada de tercer grado. Para los casos de TB activa, el tercer grado de silicosis se revisará para bajarlo a segundo grado cuando

remita el proceso agudo con el tratamiento adecuado.

Es evidente que este sistema ha quedado obsoleto y que contiene diversos errores, pero su vigencia hace difícil contradecir lo expuesto, como suelen poner de manifiesto muchas resoluciones judiciales posteriores. Entre los problemas existentes cabe destacar el hecho de que el grado de IP venga determinado más por una alteración radiológica que funcional. Además, los especialistas en Neumología en nuestra Comunidad Autónoma no suelen clasificar las RX según las normas de la ILO, pues hacen uso más frecuentemente del TACAR, no apto para la clasificación según dicho estándar. En todo caso, si el médico evaluador del INSS lo cree necesario, podrá pedir asesoramiento al Instituto Nacional de Silicosis de Oviedo, en virtud de los acuerdos de éste con el INSS, como efectivamente se viene haciendo en muchas provincias españolas, según recogen en sus anuarios de actividad. Otro problema es el derivado de la declaración del trabajador declarado como silicótico en grado 1, pues obliga a no reconocer una IPT aun cuando el EVI sepa que no hay otro puesto de trabajo alternativo. Esto ha favorecido que algunos pacientes traten de ocultar su enfermedad en sus fases iniciales. Además, los criterios utilizados en algunos casos no parecen tener mucha evidencia científica actualmente, como es el declarar una IPT de forma automática a todo paciente con FMP tipo A sin ninguna limitación funcional asociada, cuando su mortalidad parece ser similar a la de la población general. Tampoco se contemplan todos los efectos nocivos producidos por la sílice, por lo que no se consideran EP, salvo que concurren con silicosis, a las colagenopatías, a la TB y a la EPOC, de incidencia claramente superior a la de la población general en este tipo de trabajadores. En cambio, se recompensa a toda cardiopatía asociada aunque no guarde relación alguna con la patología respiratoria, como las valvulopatías u otras cardiopatías izquierdas, siendo merecedoras de un grado 2 de silicosis “aunque estén compensadas”. La pre-

TABLA 2. Grupo 6: enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos

| Agente | Principales actividades capaces de producir enfermedades relacionadas con el agente |
|---|---|
| Amianto: Neoplasia maligna de bronquio y pulmón Mesotelioma Mesotelioma de pleura Mesotelioma de peritoneo Mesotelioma de otras localizaciones | Industrias en las que se utiliza amianto (por ej., minas de rocas amiantíferas, industria de producción de amianto, trabajos de aislamientos-construcción-construcción naval-en garajes, etc.). Trabajos expuestos a la inhalación de polvos de amianto (asbesto) y, especialmente: trabajos de extracción, manipulación y tto. de minerales o rocas amiantíferas, fabricación de tejidos, cartones y papeles de amianto, preparación de fibras de amianto (cardado, hilado, tramado, etc.), aplicación de amianto a pistola (chimeneas, fondos de automóviles y vagones), trabajos de aislamiento térmico en construcción naval y de edificios, fabricación guarniciones para frenos-embragues, de productos de fibrocemento, de equipos contra incendios, de filtros y cartón de amianto, de juntas de amianto y caucho, desmontaje y demolición de instalaciones que contengan amianto, limpieza, mantenimiento y reparación de acumuladores de calor u otras máquinas que tengan componentes de amianto, reparación de vehículos automóviles, aserrado de fibrocemento y trabajos que impliquen la eliminación de materiales con amianto |
| Arsénico y sus compuestos: Neoplasia maligna de bronquio y pulmón | Preparación, empleo y manipulación del arsénico y sus compuestos, especialmente: minería del arsénico, fundición de Co, producción de Co, decapado metales y limpieza metales, revestimiento electrolítico metales, calcinación, fundición y refinado de minerales arseníferos, producción-uso de pesticidas arsenicales, herbicidas e insecticidas, fabricación y empleo de colorantes-pinturas que contengan compuestos de arsénico, industria de colorantes arsenicales, aleación con otros metales (Pb), refinado de Cu, Pb, Zn, Co (presente como impureza), tratamiento de cueros y maderas con agentes de conservación a base de compuestos arsenicales, conservación de pieles, taxidermia, pirotecnia, fabricación municiones y baterías de polarización, industria farmacéutica, preparación ácido sulfúrico desde piritas arseníferas, empleo del anhídrido arsenioso en fabricación de vidrio, fabricación de acero al silicio, desincrustado calderas, industria caucho, fabricación vidrio (preparación-mezcla de la pasta, fusión y colada, manipulación de aditivos), restauradores de arte, utilización de compuestos arsenicales en electrónica |
| Berilio: Neoplasia maligna de bronquio y pulmón | Manipulación y empleo del berilio y sus compuestos (fluoruro doble de glucinio y sodio), y, especialmente: extracción y metalurgia de berilio, industria aeroespacial, industria nuclear, extracción del berilio de los minerales, preparación de aleaciones y compuestos de berilio, fabricación de cristales, cerámicas, porcelanas y productos altamente refractarios y fabricación de barras de control de reactores nucleares |
| Bis-(cloro-metil) éter: Neoplasia maligna bronquio-pulmón | Síntesis de plásticos. Síntesis de resinas de intercambio iónico. Tratamientos de caucho vulcanizado |

TABLA 2. Grupo 6: enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos (continuación)

| Agente | Principales actividades capaces de producir enfermedades relacionadas con el agente |
|---|--|
| Cadmio: Neoplasia maligna de bronquio y pulmón Neoplasia de próstata | Preparación y empleo industrial de cadmio, y esencialmente: preparación del cadmio por procesado del cinc, cobre o plomo, fabricación de acumuladores de níquel o cadmio, fabricación de pigmentos cadmíferos para pinturas, esmaltes, materias plásticas, papel, caucho, pirotecnia, fabricación de lámparas fluorescentes, cadmiado electrolítico, soldadura y oxicorte de piezas con cadmio, procesado de residuos que contengan cadmio, fabricación de barras de control de reactores nucleares o de células fotoeléctricas o de varillas de soldadura, trabajos en horno de fundición de hierro o acero, fusión y colada de vidrio, aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan cadmio, barnizado y esmaltado de cerámica, tratamiento de residuos peligrosos en actividades de saneamiento público, fabricación de pesticidas, de amalgamas dentales o de joyas |
| Cromo VI y sus compuestos: Neoplasia maligna de cavidad nasal Neoplasia maligna de bronquio y pulmón | Preparación, empleo y manipulación de los compuestos de cromo hexavalente, en especial los cromatos, dicromatos alcalinos y el ácido crómico y, especialmente: fabricación de catalizadores, productos químicos para la curtición y productos de tratamiento de la madera que contengan compuestos de cromo, fabricación y empleo de pigmentos, colorantes y pinturas a base de compuestos de cromo, aserrado y mecanizado de madera tratada con compuestos de cromo, aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan cromo, curtido al cromo de pieles, preparación de clichés de fotograbado por coloides bicromados, fabricación de cerillas o fósforos, galvanoplastia y tratamiento de superficies de metales con cromo, decapado y limpieza de metales y vidrios (ácido sulfocrómico o ácido crómico), fabricación de cromatos alcalinos, litograbados, fabricación de aceros inoxidables, trabajos que implican soldadura y oxicorte de aceros inoxidables, fabricación de cemento y sus derivados y procesado de residuos que contengan cromo |
| Níquel y compuestos de níquel: neoplasia maligna de cavidad nasal. Cáncer primitivo del etmoides y de los senos de la cara. Neoplasia maligna de bronquio y pulmón | Fundición y refinado de níquel, producción de acero inoxidable, fabricación de baterías, producción de níquel por el proceso Mond, níquelado electrolítico de los metales, trabajos de bisutería, fabricación de aleaciones con níquel (cobre, manganeso, cinc, cromo, hierro, molibdeno), fabricación de aceros especiales al níquel (ferroníquel), fabricación de acumuladores al níquel-cadmio, empleo como catalizador en la industria química, trabajos que implican soldadura y oxicorte de acero inoxidable, trabajos en horno de fundición de hierro y de acero inoxidable, desbarbado y limpieza de piezas de fundición, industria de cerámica y vidrio, aplicación por proyección de pinturas y barnices que contengan níquel y procesado de residuos con níquel |
| Radón: neoplasia maligna de bronquio y pulmón | Minería subterránea, procesos con productos de la cadena radiactiva de origen natural del uranio-238, precursores del radón-222 |

sencia de patologías intercurrentes puede justificar los hallazgos interpretados como silico-

sis, concediendo una invalidez que no corresponde, al menos como EP. Del mismo modo,

la realización de pruebas funcionales respiratorias en condiciones no óptimas puede ser causa de hallazgos que condicionen variaciones injustificadas en el grado de silicosis. Sería por tanto necesario actualizar este sistema de valoración y, en lo posible armonizar, cuando menos, los criterios médicos de los distintos países de la UE.

Por último, hay que recordar que para el reconocimiento de una IP por enfermedad profesional, no sólo debe padecerse una de las patologías del listado por un agente responsable reconocible sino, también, una profesión de riesgo para contraerla. Es por ello que algunos casos de enfermedad no obtienen el reconocimiento esperado como EP, como ocurre con la patología debida al amianto cuando la exposición es doméstica en vez de laboral, bien por haber vivido cerca de fábricas de amianto o por manipulación de las ropas del trabajador por otros familiares. En estas situaciones no hay una vinculación laboral, con su alta correspondiente en un trabajo considerado de riesgo para el desarrollo de esta EP, debiendo en todo caso valorarse si existe derecho a causar IP derivada de EC, si cumple los requisitos expuestos para ello.

BIBLIOGRAFÍA

1. RD-leg 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
2. Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social.
3. 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.
4. Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social (BOE de 5 de diciembre de 2007).
5. RD 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalías (BOE de 26 de enero de 2000).
6. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (BOE de 15 diciembre 2006).
7. RD 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la Dependencia, establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (BOE de 21 de abril 2007).
8. RD 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal (BOE de 24 de abril de 1997).
9. Orden de 19 de junio de 1997 por la que se 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. Modificada parcialmente por Orden de 18 de septiembre de 1998.
10. RD 1117/1998, de 5 de junio, que modifica el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.
11. OM 18/09/1998, que modifica la Orden de 19 de junio de 1997 por la que se 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.
12. Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006 (BOE de 30 de diciembre de 2005).
13. OM de 18/01/1996, de 21 de julio, que desarrolla el RD 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.
14. Ley 30/1992, de 26 de noviembre, sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
15. Orden de 29/11/1996, de Presidencia de Gobierno, que establece el procedimiento para la emisión de los dictámenes médicos a efectos de reconocimiento de determinadas prestaciones de Clases Pasivas.
16. RD-Legislativo 1/1995 (16), de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

17. Ley 32/1999, de 8 de octubre, de solidaridad con las víctimas del terrorismo, en su redacción dada por la disposición adicional novena de la Ley 14/2000, de 29 de diciembre, por la Ley 2/2003, de 12 de marzo (BOE de 9 de octubre de 1999).
18. RD 288/2003, de 7 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de ayudas y resarcimientos a las víctimas del terrorismo.
19. Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del Sistema de Seguridad Social (BOE de 16 de julio de 1997).
20. Orden TAS/1040/2005, de 18 de abril, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes.
21. Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social (BOE de 31 de diciembre de 2002).
22. RD 463/2003, de 25 de abril que reconoce el incremento de la pensión de incapacidad permanente total para la profesión habitual para los trabajadores por cuenta propia.
23. RD-legislativo 3/2004, de 5 de marzo, por la que se aprueba el texto refundido de la Ley del impuesto de la renta sobre las personas físicas (BOE de 10 de marzo de 2004).
24. RD 1071/1984, de 23 de mayo, por el que se modifican diversos aspectos en la normativa vigente en materia de invalidez permanente en la Seguridad Social.
25. Convenio n° 121 de la OIT, relativo a las prestaciones en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional.
26. RD 1995/1978, de 12 de mayo, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social.
27. OM de 09 de mayo de 1962, por la que se aprueba el reglamento de las enfermedades profesionales (artículos del 45 al 50, BOE de 29 de mayo de 1962).
28. RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.
29. Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales. BOE de 4 de enero de 2007.
30. Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales 1994-2004. <http://www.mtas.es/estadisticas>.
31. Curso de actualización en medicina de evaluación para médicos inspectores del INSS. Años 2000-2008. INSS.
32. Manual de actuación para médicos del INSS. Instituto Nacional de la Seguridad Social.
33. Guía de valoración del menoscabo permanente. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. Segunda Edición (año 1998). Tomo II. ISBN: 84-351-0278-5. Madrid. España.
34. Resolución de 8 de marzo de 1973, de la Dirección General de Trabajo, por la que se aprueba el modelo oficial de parte de enfermedad profesional.
35. CE. Recomendación de la Comisión (2003/670/CE) Relativa a la Lista Europea de Enfermedades Profesionales de 25.9.2003. DO 238/28-34.
36. OIT. Recomendación 194 Sobre la Lista de Enfermedades Profesionales y el Registro y notificación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Ginebra. 3 de junio de 2002.
37. RD 1124/2000, de 16 de julio, que modifica el RD 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.
38. RD 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo (BOE de 24 de mayo de 1997).
39. IARC. Monographs on the evolution of carcinogenic risk to humans. Vol 69. Internacional Agency for Research on Cancer. Lyon. France (1997).
40. Orden del Ministerio de Trabajo, de 15 de abril de 1999, de prestaciones por invalidez, por el que se establecen los grados de silicosis (BOE de 8 de mayo de 1969).