



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

**ESTUDIO DE LA HIPOACUSIA COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL
ESPECIAL REFERENCIA A LOS PRONUCIAMIENTOS JUDICIALES**

HEARING LOSS RESEARCH AS A PROFESSIONAL ILLNESS

Autor

Juan Cruz Viamonte

Directora

Ruth Vallejo Dacosta

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
2018

RESUMEN

En el siguiente trabajo se va a exponer un estudio sobre la hipoacusia (sordera profesional) como enfermedad profesional. Contiene en primer lugar un análisis de la normativa general de las enfermedades profesionales, haciendo referencia a una perspectiva histórica de la misma, que nos ayudará a conocer los requisitos para el reconocimiento de una patología profesional. Tras ello, se hará especial referencia a la normativa específica de la enfermedad y de los pronunciamientos judiciales sobre la misma, para conocer las cuestiones generales sobre la hipoacusia.

ABSTRACT

This work is a research about hearing loss as a professional illness. The research contains an analysis of the general regulations of professional illness and specific regulation of hearing loss in the job. The goal is to know what are the general questions about hearing loss.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. OBJETO DEL TRABAJO	4
1.2. METODOLOGÍA	6
2. CUESTIONES GENERALES SOBRE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN NUESTRO ORDENAMIENTO	7
2.1. CONCEPTO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL	7
2.2. PERSPECTIVA HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN DE LA NORMATIVA REGULADORA DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES	10
2.3. ESTUDIO COMPARADO DE REGULACIONES	14
1) LEY DE BASES DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES	14
2) DECRETO 792/1961, DE 13 DE ABRIL	14
3) EL RD 1995/1978	16
4) EL RD 1299/2006	17
3. LA HIPOACUSIA COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL	20
3.1. DEFINICIÓN DE LA HIPOACUSIA	20
3.2. EVOLUCIÓN NORMATIVA DE LA CONSIDERACIÓN LEGAL DE LA HIPOACUSIA COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL	21
3.3. ANÁLISIS DEL RD 286/2006, LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES CONTRA LOS RIESGOS RELACIONADOS CON LA EXPOSICIÓN AL RUIDO	23
4. ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL DE LA HIPOACUSIA COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL	26
4.1. CONSIDERACIONES PREVIAS	26
4.2. ANÁLISIS DE LOS PRONUNCIAMIENTOS JUDICIALES	27
5. CONCLUSIONES	34
6. BIBLIOGRAFÍA	36
6.1. BIBLIOGRAFÍA DOCUMENTAL	36
6.2. BIBLIOGRAFÍA JURISPRUDENCIAL	37

1. INTRODUCCIÓN

1.1. OBJETO DEL TRABAJO

Desde principios del S. XX, la regulación de las enfermedades profesionales ha evolucionado considerablemente. En la Ley de Accidente de Trabajo de 31 de enero de 1900, se consideraban como un accidente de trabajo que ocurría como “consecuencia” del mismo¹. Posteriormente, ha habido otras regulaciones, como se verá en el apartado en que se estudia la evolución histórica, y en la actualidad se encuentran reguladas en el RD 1299/2006.

El que una enfermedad sea considerada profesional por estar incluida en los listados del RD 1299/2006, supone una calificación “automática” como tal. No obstante, si no es así, no será calificada como enfermedad profesional pero sí como riesgo profesional, pues será un accidente de trabajo. El accidente de trabajo (AT), en nuestro ordenamiento, no solo incluye sucesos súbitos, sino también muchas enfermedades², y cuando una enfermedad no se protege como profesional, seguramente se calificara como enfermedad “de trabajo” de las previstas en el art 156.2 e) TRLGSS³

En este trabajo voy a estudiar una de estas enfermedades profesionales; en concreto la hipoacusia o sordera profesional al haber estado trabajando en salas de música (discotecas) incluyéndose esta profesión como una de las de mayor para padecer hipoacusia tras un largo periodo. Por lo tanto, la escogí por ampliar mis conocimientos respecto al ámbito.

La hipoacusia o sordera profesional, es considerada enfermedad profesional cuando es producida por el ruido. El ruido se ha descrito como un sonido sin calidad musical agradable o como un sonido no querido o no deseado. No todos los sonidos son detectables por el oído humano. Se trata así del primer factor de riesgo. El resultado de la exposición a niveles elevados de ruido se produce hipoacusia o sordera profesional, es decir, la pérdida de la audición de ambos oídos, irreversible y acumulativa de tipo nervioso sensorial que afecta las frecuencias conversacionales. Cualquier trabajador expuesto a un ruido de forma repetida en su jornada laboral, puede desarrollar una hipoacusia progresiva, al cabo de los años.

Durante las últimas décadas ha habido una evolución de las normativas que integran la regulación de la enfermedad que voy a tratar en el trabajo para su calificación como patología profesional. El artículo 157 de TRLGSS hace referencia a que en principio, solo las enfermedades listadas en el RD 1299/2006 puedan llegar a considerarse profesionales. Esta enfermedad profesional es prevista en el RD 1299/2006, como Sordera profesional de tipo neurosensorial, frecuencias de 3 a 6 KHz, bilateral simétrica e irreversible, estableciéndose a continuación los trabajos en que hay exposiciones a ruidos continuos cuyo

¹ La Ley de Dato de 30 de enero de 1900, recogió la definición de accidente de trabajo como el ocurrido con “ocasión o consecuencia” de manera que se entendía que la “consecuencia” comprendía la enfermedad profesional. GARCÍA ORMAECHEA, R. “ El accidente de trabajo y la enfermedad profesional”, *Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión*, Madrid, 1933, p. 24

http://bvingesa.mspsi.es/bvingesa/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1001963&responsabilidad_civil=on

² CHACARTEGUI JÁVEGA, J. *El concepto de Accidente de Trabajo: Su construcción por la jurisprudencia*. (Albacete, Ed. Bomarzo, 2007) Págs. 23 y ss

³ Real Decreto 8/2015, de 30 de octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Seguridad Social

nivel sonoro diario sea equivalente (según legislación vigente) igual o superior a 80 decibelios. Sin embargo, como se verá a lo largo del trabajo, hay casos donde las características por las que se produjo la lesión no se adaptan a la legislación vigente.

Este TFG tiene como objetivo estudiar la evolución de la normativa reguladora de enfermedades profesionales para hallar como conclusión final, tras un análisis de la hipoacusia, las cuestiones por las que se termina calificando como patología profesional; haciendo especial referencia a la forma en se considera por los pronunciamientos judiciales.

1.2. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo un estudio de diferentes normativas laborales. Entre ellas la Ley General de Seguridad Social para entender el concepto de enfermedad profesional, las distintas regulaciones que hacen referencia a las enfermedades profesionales, incidiendo principalmente en las dos últimas, el RD 1299/2006 de 10 de noviembre y en la norma anterior ya derogada, el RD 1995/1978 de 12 de mayo. Del mismo modo, se hará un análisis y uso de diferentes trabajos doctrinales, artículos de revistas jurídicas especializadas y estudios específicos jurídicos del INSS⁴ y el INSHT⁵. Por último, también se hará uso de la jurisprudencia de los distintos tribunales de justicia de orden social.

La estructuración del trabajo son dos partes. En la primera se estudian cuestiones generales acerca de las enfermedades profesionales donde se analizara el concepto y la legislación reguladora. En segundo lugar se realizara el estudio específico de la enfermedad profesional elegida (Hipoacusia o sordera profesional), que versará sobre la explicación del concepto, el análisis de la legislación específica para ella y el estudio de los diferentes pronunciamientos judiciales de los tribunales.

Por último, se expondrán una serie de conclusiones personales acerca de los temas tratados.

“Antes de iniciar el estudio me gustaría aclarar que no se trata de un examen sobre la responsabilidad empresarial, ni sobre las prestaciones de la Seguridad Social. El objetivo es examinar la hipoacusia, dentro de la regulación general de las enfermedades profesionales, y los pronunciamientos judiciales sobre la misma”.

⁴ INSS (INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL)

⁵ INSHT (INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO)

2. CUESTIONES GENERALES SOBRE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN NUESTRO ORDENAMIENTO

2.1. CONCEPTO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

En este punto se va a exponer una visión general sobre las enfermedades profesionales en nuestro ordenamiento jurídico. Desde su definición hasta su evolución en la normativa aplicable.

La enfermedad profesional se define médicamente como el *“daño, la patología médica o traumática, provocada por la presencia en el medio ambiente laboral de factores o agentes físicos, químicos o biológicos que merman la salud del trabajador”*⁶. Siendo muchas de ellas previsibles al conocerse la actividad que realizan, y algunos casos se pueden tomar medidas de prevención para evitar su desarrollo.

Normalmente, las enfermedades profesionales se manifiestan de manera lenta y progresiva tras un período en estado latente que puede demorarse años⁷. Por ello, se hace necesaria una legislación que regule el nacimiento de la patología en función del sector profesional del trabajador.

En la actualidad, las enfermedades profesionales existentes y reguladas en nuestra legislación (RD 1299/2006, de 10 de noviembre), se ordenan en los siguientes apartados⁸⁹:

- a) Las producidas por agentes químicos, plomo, mercurio, cadmio, manganeso, cromo, níquel, berilio, talio, vanadio, fósforo, arsénico, cloro, bromo, yodo, flúor, ácido nítrico, óxidos de azufre, amoníaco, anhídrido sulfuroso, ácido sulfúrico, sulfuro de carbono, óxido de carbono, oxiclورو de carbono, ácido cianhídrico, hidrocarburos y sus derivados halogenados, alcoholes, glicoles, éteres, cetonas, esterres orgánicos, ácidos orgánicos, aldehídos, nitroderivados, esterres del ácido nítrico, benceno y sus homólogos, naftaleno, hidrocarburos aromáticos, fenoles, aminas e hidracinas, poliuretanos y nitroderivados de hidrocarburos, así como los compuestos y homólogos de dichos elementos.
- b) Las enfermedades de la piel, (cáncer) producidas por hollín, alquitrán, betún, brea, aceites minerales, parafina bruta y los compuestos, productos y residuos de estas sustancias y a otros factores carcinógenos, afecciones cutáneas provocadas en el medio profesional por sustancias no consideradas en otros apartados.

⁶ CAVAS MARTINEZ, F.: “Las enfermedades profesionales”....cit p. 23 y ss

⁷ GARCÍA MURCIA, J.: “Accidente de trabajo y enfermedad profesional. El concepto de enfermedad profesional”, en Seguridad Social práctica (Coord. BLASCO LAHOZ y LÓPEZ GANDÍA), 2001, pág. 1

⁸ El cuadro se estructura en seis grupos de enfermedades donde se describe la patología o se deja abierta la deducción de la enfermedad, aunque se citaban los agentes o sustancias que podían causarla y las actividades o trabajos capaces de producirse. En este TFG nos centraremos en las del apartado dos.

⁹ LANTARON BARQUIN, D. “Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica”, Relaciones Laborales, nº 1, 2008, p. 413 y ss.

- c) Las provocadas por inhalación de sustancias y agentes que producen neumoconiosis, como sílice, amianto, cáñamo, afecciones bronco pulmonares producidas por aluminio, metales duros, escoria, y otros polvos, líquidos, gases o vapores.
- d) Las enfermedades infecciosas y parasitarias, como helmintiasis, anquilostomiasis duodenal, paludismo, amebiasis, tripanosomiasis y similares, sobre todo transmitidas por animales y cadáveres, y las transmitidas por enfermos.
- e) Las producidas por agentes físicos, radiaciones ionizantes, trabajos expuestos a rayos X, catarata por energía radiante, hipoacusia por ruido, aire comprimido, vibraciones mecánicas, nistagmus de los mineros.
- f) Enfermedades sistemáticas por gases, vapores, polvos y líquidos como carcinoma por asbesto, níquel, cloruro de vinilo, benceno, arsénico, radiaciones ionizantes y cromo.
- g) Se considera enfermedad profesional el "*síndrome de Ardystil*" o neumopatía intersticial difusa de la industria del sector de aerografía textil de la comunidad Autónoma de Valencia.

No obstante, en este trabajo se van a analizar sólo los casos referidos al aparato auditivo.

En la legislación actual, el concepto de enfermedad profesional aparece recogido en el art. 157 TRLGSS¹⁰, este artículo señala: "Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional."

La noción de enfermedad profesional tiene origen según la STS de 17 de junio de 1903 donde se señalaba que "el concepto legal de accidente de trabajo no hace referencia a un suceso más o menos repentino, sino al hecho mismo de la lesión, por lo que también incluye las enfermedades contraídas en el ejercicio de una profesión"¹¹. Esta diferenciación previa entre AT y EP¹², fue dando paso a un desarrollo de ambas contingencias por separado. El sistema actual las configura como los dos tipos de riesgo profesional totalmente diferentes. Una diferencia entre ambas contingencias es que la enfermedad profesional precisa

¹⁰ La STSJ Cataluña de 23 de diciembre de 2002, JUR 3125, dictamina en sus fundamentos de derecho que "Teniendo en cuenta lo dispuesto en los artículos 115 y 116 de la Ley General de la Seguridad Social, no cabe identificar enfermedad profesional, con enfermedad contraída por razón del trabajo; el concepto de esta es mucho más restringido al precisarse, según lo dicho, que, además de dicho requisito, tanto la enfermedad, como la causa que lo produce, sean algunas de las que figuran en la lista oficial; de no ser así, cuando la enfermedad o la causa que lo producen no están incluidas en dicha lista oficial; y pese a que pueda quedar acreditado que la misma viene ocasionada por la realización de un trabajo, su calificación correcta no será la de enfermedad profesional, y si la de accidente de trabajo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 115,2 e) de la Ley General de la Seguridad Social".

¹¹ GARCÍA ORMAECHEA, R. " El accidente de trabajo ...*cit* , p. 25.

http://bvingesa.mspsi.es/bvingesa/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1001963&responsabilidad_civil=on

¹² Abreviaturas de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

de pruebas de diagnóstico y de la adopción de medidas preventivas propias que las sitúa al margen del accidente de trabajo.

Se acostumbra a señalar que enfermedades profesionales están acompañadas presunción “iuris et de iure”¹³, es decir, de las que no admiten prueba en contrario. Por lo que solo se consideraran como tal las que se encuadren dentro del anexo primero, sección dos del RD 1299/2006. Además para la calificación de una enfermedad¹⁴ dentro del RD citado, está condicionada a la concurrencia de tres elementos¹⁵:

1. La enfermedad profesional tiene que ser consecuencia del trabajo prestado por cuenta ajena. Esto proporciona mayor seguridad jurídica, liberando al trabajador de tener que demostrar el origen. Teniendo en cuenta que la EP se gesta en procesos lentos y el trabajador ya pudiera haber cambiado de empresa, tenga la seguridad jurídica en tenor al 157 LGSS.
2. La enfermedad profesional tiene que ser consecuencia de alguna de las actividades recogidas en el cuadro previsto en la norma reglamentaria.
3. La patología ha de resultar de que la acción esté relacionada respecto a cada enfermedad profesional. Aunque los agentes provengan del trabajo, si el mismo no se encuentra dentro del cuadro de enfermedades profesionales, no cabra su calificación como tal.

¹³Como sostiene la STS de 25.11.1992 (RJ 8835), “la enfermedad profesional del art. 85 (LGSS 1974) se asienta sobre una presunción legal surgida de un doble listado de actividades y enfermedades, en tanto que en el art. 84, al no existir aquella presunción, ha de acreditarse la relación causal entre las secuelas y el trabajo desarrollado. Al respecto, el Tribunal Supremo en Sentencias de 12 marzo 1986 (RJ 1986\1309), 19 mayo 1986 (RJ 1986\2578), 19 julio 1991 (RJ 1991\6836) y 28 enero 1992 (RJ 1992\130), ha declarado que la diferencia entre la enfermedad profesional del artículo 84.2 apartado e) de la Ley General de la Seguridad Social y la listada del artículo 85 de dicho Cuerpo Legal, no afecta a aspectos esenciales del régimen jurídico, sino a determinados aspectos accesorios como el de la prueba del nexo causal lesión-trabajo, que es necesaria en el supuesto del artículo 84.2 apartado e) de la Ley General de la Seguridad Social y no lo es, por el juego de una presunción legal, en las enfermedades profesionales del artículo 85 del repetido Texto Legal. En definitiva, lo que sostiene la mencionada jurisprudencia del Tribunal Supremo es que cuando nos encontremos ante un supuesto de enfermedad profesional recogida en el listado de dichas enfermedades establecido en el Decreto 12 mayo 1978 para las actividades profesionales que allí se indican, existirá una presunción legal «iuris et de iure» de que dicha enfermedad es de carácter profesional, no siendo necesario en estos casos la prueba de la existencia de relación de causalidad entre el trabajo y la enfermedad, prueba que, por contra, sí sería precisa en los supuestos del art. 84.2 apartado e) de la Ley General de la Seguridad Social, esto es, enfermedades que se alega que han sido contraídas como consecuencia del trabajo y que no se encuentran recogidas en el referido listado establecido por el Decreto 12 mayo 1978”.

¹⁴Se hace referencia en esta calificación a las enfermedades profesionales en el Anexo I del RD 1299/2006, es decir, las ya calificadas como EP.

¹⁵COBEDO BARCELÓ, S. Y GONZALEZ ORTEGA, S. “Tratamiento laboral, preventivo y de seguridad social de las enfermedades derivadas del trabajo”. Universidad Carlos III de Madrid y Pablo de Olavide de Sevilla. 2012

2.2. PERSPECTIVA HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN DE LA NORMATIVA REGULADORA DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

A principios del SXX, en 1900, surgió la ley de Accidentes de Trabajo cuya finalidad sería reparar las consecuencias derivadas de los accidentes de trabajo. En esta ley no se haría ninguna referencia al concepto de enfermedad profesional pero sería la primera disposición que regularía el accidente de trabajo¹⁶. Se reconocería por primera vez la existencia de los riesgos profesionales. Además, servirá como base de desarrollo para la actual legislación, ya que por primera vez también reconocía la responsabilidad directa y objetiva de las empresas por los accidentes sufridos durante la jornada laboral¹⁷.

La STS de 17 de junio de 1903¹⁸, se declaró que el concepto legal de accidente de trabajo no hace referencia a un suceso más o menos repentino, sino al hecho mismo de la lesión, por lo que también incluye las enfermedades contraídas en el ejercicio de una profesión y como consecuencia de dicho ejercicio. Siendo este el primer pronunciamiento jurídico, que aunque no se refería expresamente a la enfermedad profesional, comenzaba la evolución para la aparición del concepto en el ámbito jurídico. Por lo tanto, el concepto de “enfermedad profesional” por la vía jurisprudencial sobre los accidentes de trabajo, para más tarde, separarse de dicho concepto por la necesidad de aplicar medidas de prevención y diagnóstico.¹⁹

La Ley de Bases de Enfermedades Profesionales, de 13 de julio de 1936 estableció una regulación específica, incluyendo un listado de 21 enfermedades y permitiendo que los tribunales reconocieran otras relacionadas con determinadas actividades industriales²⁰.

Se incluían por primera vez, la existencia de enfermedades profesionales como; *Intoxicaciones por el plomo, sus aleaciones o sus compuestos, con las consecuencias directas de dicha intoxicación, intoxicación por el mercurio, sus amalgamas y sus compuestos, con las consecuencias directas de dicha intoxicación, Infección carbuncosa, muermo, neumoconiosis, silicosis, con o sin tuberculosis, antracosis y otras enfermedades respiratorias producidas por el polvo, Intoxicación por el fósforo y sus compuestos, con las consecuencias directas de esta intoxicación, Epiteliomas de la piel, Conjuntivitis, retinitis y catarata gris, Intoxicación por el sulfuro de carbono y sus compuesto, Dermatitis profesional, etc.*²¹.

Además también regulaba los requisitos para causar la calificación de EP, entre los que se encontraban que hubieran trabajado en una de las industrias mencionadas en la ley con anterioridad a la

¹⁶ La citada ley, aprobada el 30 de enero de 1900, define el accidente de trabajo como “*toda lesión corporal que el operario sufre con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena*”.

¹⁷ GARCÍA GONZALEZ, G. “LOS INICIOS DE LA PREVISIÓN SOCIAL EN ESPAÑA: RESPONSABILIDAD PATRONAL Y SEGURO DE ACCIDENTES EN LA LEY DE ACCIDENTES DEL TRABAJO DE 1900”. Revista Jurídica de los Derechos Sociales. Vol 5, nº12. P.2 y ss

¹⁸ OLARTE ENCABO, S. “Acoso moral y enfermedades psicolaborales: un riesgo laboral calificable de accidente de trabajo. Progresos y dificultades” . TEMAS LABORALES núm. 80/2005. P.75

¹⁹ CAVAS MARTINEZ, F. “Las enfermedades profesionales....” Cit, p. 290 y ss

²⁰ HERNÁNDEZ MARTÍN, M. “Enfermedades de posible origen laboral atendidas en atención primaria por el Servicio Madrileño de Salud”. UCM, MADRID. 2018. Pp.42y ss

²¹ Ley de Bases de Enfermedades Profesionales, de 13 de julio de 1936

declaración de la enfermedad profesional (siendo culpa del patrono donde se hubiera producido el origen de la enfermedad en el caso de que hubiese cambiado de trabajo). Así como que para que fuera aplicable se debería haber producido a causa de esta, la muerte o una incapacidad del trabajador²².

En el caso de que esta ley hubiera entrado en vigor –que no pudo ser por el conflicto bélico²³, obligaba a los patronos de las empresas la obligación de asegurar a sus obreros contra riesgos de IP²⁴ o muerte por EP en cualquiera de las aseguradoras autorizadas a ello.

En 1941, apareció seguro obligatorio de silicosis²⁵, una enfermedad que afectaba sobre todo a la industria minera. Esta enfermedad entonces era muy numerosa y planteaba problemas de reparación social y sanitaria, por lo que se obligó a constituir un seguro diferente al ordinario de accidentes de trabajo²⁶. Por lo tanto, la silicosis fue la primera enfermedad profesional que fue considerada como tal (y no como accidente de trabajo).²⁷ Tras esta primera enfermedad profesional es cuando empieza un proceso de inclusión de las enfermedades en nuestro ordenamiento.

No será hasta el Decreto de 10 de Enero de 1947 cuando se establezca por primera una normativa sobre la regulación de la Enfermedad Profesional de forma independiente al Accidente de Trabajo, estableciendo un cuadro de Enfermedades Profesionales que podría ser ampliado²⁸. Se incluye en esta normativa la definición del concepto de enfermedad profesional y un seguro de enfermedades profesionales. Junto a esta normativa, aparece el Reglamento de 19 de julio de 1949, donde se amplía añadiendo nuevos grupos de enfermedades²⁹. Una normativa importante desde el punto de vista que marca el inicio el reconocimiento definitivo de las enfermedades profesionales.

²² DE CASTRO MEJUTO, F. “las vicisitudes de la contingencia de enfermedad profesional”, *Anuario da Facultad de Dereito da Universidad da Coruña*, Vol. 20, 2016, p. 100

²³ UGT *Manual Informativo: enfermedades profesionales*

<http://www.ugtbalears.com/es/PRL/Mutuas/Documents/MANUAL%20EPP.pdf>

²⁴ Incapacidad Permanente

²⁵ CHURRUCA Y DE LA PLAZA, P. “Los seguros sociales obligatorios en España”, *Derecho PUCP* 2013 P. 180 y ss

²⁶ DECRETO DE 3 DE SEPTIEMBRE DE 1941, por el que se establece el Seguro de enfermedad profesional denominada silicosis.

²⁷. En su base expositiva se exponía “La primera enfermedad profesional a considerar en el marco de un seguro específico es la denominada silicosis o neumoconiosis; porqué conociéndose las industrias en donde más estragos producen, no es difícil estatuir las normas que permitan arbitrar la fórmula de reparación económica de esta clase de siniestros o de tomar aquellas medidas profilácticas precisas para evitarlos o atenuar sus graves consecuencias. El procedimiento no puede ser otro que estatuir el seguro con carácter obligatorio para las empresas de las industrias en que la enfermedad es más general, encomendando su gestión al organismo estatal competente en la materia”.

²⁸ CHURRUCA Y DE LA PLAZA, P. “Los seguros sociales ...cit., Artículo 2 del Decreto de 10 de enero de 1947.- Se entenderá como enfermedades profesionales aquellas 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.

²⁹ GARCÍA COCA, O. “La gestión de las enfermedades profesionales en el marco de las Nuevas Tecnologías”. *Revista Jurídica de los Derechos Sociales*. Vol. 3 Num.2. 2013 P. 177 y ss

Algunas de las enfermedades que se incluían este decreto son las siguientes³⁰: *intoxicaciones por el mercurio, sus amalgamas y sus compuestos, con las consecuencias directas de dicha intoxicación; por el fósforo y sus compuestos, con las consecuencias directas de esta intoxicación; intoxicación por arsénico y sus compuestos, con las consecuencias directas de esta intoxicación; intoxicación por el benceno, sus homólogos, su nitro y amino derivados; intoxicación por los derivados halógenos de los hidrocarburos de la serie grasa; intoxicación por el sulfuro etc..*

El siguiente progreso en relación a la normativa no se realizó hasta 1961 cuando entra en vigor el Decreto 792/1961, de 13 de abril que reorganiza el listado de enfermedades profesionales que deben beneficiarse del seguro obligatorio impuesto³¹.

El Decreto 792/1961, transformó la regulación financiera de forma de que el seguro obligatorio derivado de EP fuese sostenible. Delimitó el concepto de enfermedad profesional haciendo referencia “a los elementos o sustancias y en industrias u operaciones incluidas en el cuadro anexo a este Decreto”, y estableció un sistema completo de protección para las enfermedades profesionales³². Como veremos en el siguiente apartado, este decreto reagrupó las enfermedades en grupos de enfermedades por causa de origen

En el proceso de desarrollo del Decreto de 1961, hay que destacar la importancia de las Órdenes de 12 de mayo de 1962, 12 de enero de 1963 y 15 de diciembre de 1965. En la primera orden mencionada exponía que a aquellos trabajadores a los que se les descubriera algún síntoma de enfermedad profesional cuya progresión fuera evitable mediante el traslado a otro puesto exento de riesgo³³, el empresario tenía obligación de hacerlo. Respecto a las segundas, se establecen normas para el diagnóstico, calificación y reconocimiento de las enfermedades incluidas en el mismo.³⁴

Poco a poco se fueron incluyendo nuevas enfermedades (hepatitis vírica, etc) y el aumento de las enfermedades profesionales y de nuevas sustancias hacen que aparezca el Real Decreto 1995/1978, de 12 de Mayo³⁵. Este RD amplió el cuadro de enfermedades profesionales. La principal característica es que este decreto las trata de forma independiente, es decir, es un Real Decreto específico para las enfermedades profesionales. Además se actualiza respecto a nuevas enfermedades, nuevas sustancias, etc.³⁶

³⁰ Decreto de 10 de Enero de 1947

³¹ GARCÍA COCA, O. “La gestión de las enfermedades”...cit. P. 180 y ss

³² CAVAS MARTINEZ, F. “Las enfermedades profesionales...cit. p. 83

³³ Orden de 12 de mayo de 1962, Art 45y sss

³⁴ Proyecto RD que Aprueba el Cuadro de Enfermedades Profesionales de la S.S.

³⁵ CAVAS MARTINEZ, F. “Las enfermedades profesionales...cit. p. 86

³⁶ GAMBI PISONERO, N.; RUIZ CONTRERAS, M. L. y MAQUEDA BLASCO, J.. El nuevo tratamiento legal de las enfermedades profesionales en comparación con lo derogado y con la recomendación Europea sobre el tema. *Med. segur. trab.* [online]. 2007, vol.53, n.209 [citado 2018-02-19], P.43-55.

El RD 1299/2006, deroga la lista del RD 1995/1978 (modificado por RD 2821/1981), que recogía una “lista cerrada”, y si aparecía una enfermedad nueva que tuviese al no estar recogida en el catálogo aprobado únicamente podía ser considerada como accidente de trabajo hasta que se incluyera en el listado³⁷.

La promulgación de la Recomendación 2003/670/CE, de 19 de septiembre, ponía de relieve la necesidad de actualizar la lista española de enfermedades profesionales, algo que también se reconocía en el Acuerdo sobre medidas en materia de Seguridad Social, suscrito el día 13 de julio de 2006³⁸. RD 1299/2006 actualiza este listado, y además de otras cuestiones importantes que se ven después, recoge un sistema de doble lista: en el anexo 1 se aparecen las enfermedades profesionales propiamente reconocidas, y en el anexo 2 las enfermedades de las que se sospecha el origen profesional se sospecha y que podrían pasar el anexo 1³⁹.

Al igual que el anterior RD, en el RD 1299/2006, establecía que para considerarse patología profesional, debía cumplir con la doble relación de causalidad la enfermedad se produjera por la realización de algunas de las actividades incluidas en el cuadro y que, a su vez, se produjera como resultado de la acción de sustancias peligrosas durante sus funciones laborales. Es decir, tenía que demostrar que la enfermedad que padecía era por el desempeño profesional.

En la actualidad la materia de las enfermedades profesionales quedaría regulada por las siguientes disposiciones legales⁴⁰:

- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Seguridad Social
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales y normas de desarrollo sobre riesgos específicos, que establecen y desarrollan el procedimiento para la comunicación e información a la autoridad competente de estos daños derivados del trabajo.
- Ley 54/2003, de 12 de diciembre, reforma del marco normativo de la Prevención de Riesgos Laborales.
- 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.
- Orden TAS 1/2007, 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.
- Ley 40/2007 de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social.

³⁷ LANTARON BARQUIN, D. “Cuadro de enfermedades...cit. P. 488

³⁸ PANIZO ROBLES, J.A.: “Novedades de Seguridad Social al inicio de 2007”, *Revista de Trabajo y Seguridad Social, CEF*, nº . 287, 2007, P. 55.

³⁹ IGARTÚA MIRÓ, M. T.: “La nueva lista de enfermedades profesionales y la inamovilidad respecto a las dolencias derivadas de riesgos psicosociales”, *Actualidad Laboral*, nº 22, 2007, P.3.

⁴⁰ Manual Informativo de PRL Enfermedades Profesionales, P. 24, (UGT, MADRID)

2.3. ESTUDIO COMPARADO DE REGULACIONES

1) LEY DE BASES DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

El primer intento de Ley que regularía de forma específica, Ley de Bases de las Enfermedades Profesionales de 13 de julio de 1936. Las principales características de esta ley eran⁴¹⁴²:

- a) No contenía una definición de Enfermedad Profesional. Exponía las enfermedades que se consideraban causadas por el trabajo y las industrias propensas a provocarlas. El trabajador tenía como requisitos haber trabajado en las industrias mencionadas en el tiempo establecido en las disposiciones reglamentarias de la ley de bases.
- b) Incluía una serie de reglas para determinar el patrono responsable de la EP. El criterio general era imputar al patrono en cuya empresa el trabajador hubiera trabajado en los últimos doce meses a la declaración de la enfermedad.
- c) La protección era de cobertura obligatoria.
- d) Los reconocimientos médicos debían realizarse en plazos inferiores a seis meses. La autopsia en caso de muerte era obligatoria, así como la hospitalización con motivo de cura de la enfermedad. Sí el trabajador se negaba a ello, podía perder la indemnización que causaría el reconocimiento de la patología.
- e) Daba la posibilidad de que los tribunales concurrieran que se trataba de EP, aunque no se incluyese en la lista a través de la opción de causada por el accidente de trabajo como venía regulado en STS de 1903.
- f) El trabajador tenía que haber trabajado en la industria previamente.

2) DECRETO 792/1961, DE 13 DE ABRIL

En esta regulación marcaría la diferencia a la anterior al regular por primera vez el concepto de enfermedad profesional. Las principales características serían⁴³:

- a) Estableció el concepto de enfermedad profesional: “Se entiende por enfermedades profesionales las producidas por elementos o sustancias y en industrias u operaciones incluidas en el cuadro anexo a este Decreto, que ocasionen incapacidad permanente o progresiva para el ejercicio normal de la profesión, o la muerte” (artículo 2.1).

⁴¹ CAVAS MARTINEZ, F. “Las enfermedades profesionales *cit.* P. 245

³⁸ COMIN COMIN, F. “Los seguros sociales y el estado del bienestar en el SXX” en AA.VV Pons Pons, J. “Estado del bienestar en España 1900-1945”. Prensa UNIZAR. Zaragoza.2010.

⁴¹ CAVAS MARTINEZ, F. “Las enfermedades profesionales.....” *Cit.* P. 23

- b) Establece qué el diagnóstico de la EP, el enfermo será calificado según la fase en la que se encuentra, encontrándonos con varias situaciones⁴⁴:
- a. Periodo de observación
 - b. Traslado de puesto de trabajo
 - c. Baja en la empresa o industria
 - d. Incapacidad temporal
 - e. Lesiones graves sin consideración de IP
 - f. IP parcial para lo profesión habitual
 - g. IP absoluta
 - h. Muerte
- c) Contempla previsiones relativas a la recuperación y rehabilitación de los enfermos profesionales
- d) Incluye un cuadro anexo con la relación de enfermedades profesionales y lista de trabajos con riesgo de producirlas. El anexo estaba estructurado de la siguiente manera :
- a. *Enfermedades causadas por metaloides, que incluía: Enfermedades causadas por el fósforo y sus compuestos; Enfermedades causadas por el arsénico y sus compuestos; Enfermedades causadas por el flúor y sus compuesto*
 - b. *Enfermedades causadas por metales, que incluía: Enfermedades causadas por el plomo y sus derivados; Enfermedades causadas por el mercurio, sus almagamas y sus compuestos; Enfermedades causadas por el cadmio y sus compuestos; Enfermedades causadas por el manganeso y sus compuestos; Enfermedades causadas por los compuestos del cromo; Enfermedades causadas por el berilio y sus compuestos; Enfermedades causadas por el vanadio y sus compuestos.*
 - c. *Enfermedades causadas por compuestos orgánicos, que incluía: Todos los trabajos con el benceno y sus homólogos; Todos los trabajos con los nitro y amino-derivados de los hidrocarburos aromáticos y sus derivados fenoles y halógenos; Enfermedades causadas por los derivados halógenos de los hidrocarburos de la serie alifática; Enfermedades causadas por gases, vapores o polvos tóxicos no citados en otros epígrafes y en especial por el bromo cloro, derivados sulfúricos o sulfurosos y ésteres del ácido nítrico.*
 - d. *Enfermedades causadas por agentes animados, que incluían: Enfermedades transmitidas por animales; enfermedades parasitarias.*
 - e. *Enfermedades causadas por agentes físicos, que incluía: Enfermedades causadas por las radiaciones ionizantes; Enfermedades causadas por el trabajo en aire comprimido; Enfermedades causadas por vibraciones de los útiles de trabajo.*

⁴⁴ Decreto 792/1961, de 13 de abril, art 24

f. *Enfermedades sistemáticas, que incluía: Silicosis; Asbestosis; Cannabosis; Otras neumoconiosis fibróticas; Asma bronquial profesional; Nistagmus de los mineros; Catarata profesional; Sordera profesional; Carcinoma y lesiones precancerosas de la piel; Dermatitis profesionales; Hepatitis vírica.*

3) EL RD 1995/1978

Sobre este RD se trabajara para la consecución de una serie de modificaciones que concluirán en el RD 1299/2006, que veremos en el siguiente apartado. Este RD tiene las siguientes características⁴⁵:

- a) Incluye patologías que se han venido investigando en la medicina, seguridad e higiene en el trabajo. Incluye nuevas sustancias que han surgido en los últimos años en los procesos industriales.
- b) El RD remite por primera vez a LGSS para hacer referencia a la definición de EP.
- c) Se suprime la rigidez de la anterior normativa. Previamente a este decreto, se exigía una doble causalidad, que la enfermedad se incluyese en el listado y que se derivase de una de las actividades redactadas en el decreto. El RD 1995/1978, suprime esta limitación, solo hará falta que la enfermedad esta incluida, no se tendrá en cuenta las actividades funcionales de la profesión. Desaparecerán también algunas características para la concesión de la patología, como por ejemplo, el mínimo tiempo expuesto al factor de riesgo.⁴⁶
- d) Existe una nueva ampliación del cuadro de enfermedades profesionales. Se divide en seis apartados y dentro de cada apartado, se relaciona la actividad o actividades capaces de producir esas patologías estableciendo de ese modo una conexión entre enfermedad, agente y actividad⁴⁷. La nueva lista recogerá las recomendaciones de la OIT. Las nuevas enfermedades son las siguientes⁴⁸:
 - a. *Enfermedades profesionales producidas por los agentes químicos* describe un total de 43 actividades y sustancias. Se asocia a una lista de actividades cerradas. Encontramos, por ejemplo, en este punto enfermedades producidas por arsénico y sus compuestos en relación a la fabricación y empleo de colorantes y pinturas o el oxido de azufre en relación a la utilización de lámparas de arco, electricidad de alta tensión etc.
 - b. *Enfermedades profesionales de la piel* donde nos encontramos con dos subapartados y una estructura bastante flexible porque. Existe una identificación de la enfermedad, de los agentes y de las actividades. Encontramos en este apartado, el cáncer o lesiones precancerosas, como sustancias peligrosas, hollín,

⁴⁵ GAMBÍ PISONERO, N, RUIZ CONTRERAS, M. L, y . MAQUEDA BLASCO, J. "El nuevo tratamiento legal" Cit, P. 43-55.

⁴⁶ CAVAS MARTINEZ, F. "Las enfermedades profesionales...." Cit, P.209

⁴⁷ MORENO CÁLIZ S. La lista de enfermedades profesionales a la luz de recientes textos internacionales. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2003; 52:119-130

⁴⁸ ARES CAMERINO A. Patologías de origen profesional. Medicina de familia (and) 2001; 3:259-263.

alquitrán, betún, brea, antraceno, aceites minerales, etc.

- c. *Enfermedades profesionales* provocadas por la inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados, que incluía: Neumoconiosis; Afecciones broncopulmonares debidas a polvos.
- d. *Enfermedades profesionales infecciosas y parasitarias*, este apartado esta dividido en cuatro subgrupos referidos dos de ellos de forma exclusiva a la enfermedad y las actividades que suponen un riesgo al desarrollarlas. En los otros dos, el contexto o modo en que existe riesgo de contraer las enfermedades de este grupo.
- e. *Enfermedades profesionales producidas por agentes físicos*, donde existen seis subgrupos cerrados de enfermedades con lista abierta de actividades como es el caso de la hipoacusia o sordera provocada por el ruido en caso de tráfico aéreo, salas de recreación, trabajo de obras publicas efectuados con maquinas ruidosas y enfermedades osteo-articulares o angioneuróticas provocadas por vibraciones mecánicas, enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes; Catarata producida por la energía radiante.
- f. *Enfermedades sistémicas* donde se recogen diferentes patologías como el cáncer profesional, con lista cerrada de enfermedad y actividad patología distinta a la cancerosa en un subgrupo denominado distrofia que incluye la ulceración de la cornea por gases, vapores, polvos y líquidos.⁴⁹

4) EL RD 1299/2006

Se trata del RD vigente y sería el resultado de una modificación del antiguo real decreto en base a una recomendación de la OIT entre otros factores para su modificación. Las principales características son⁵⁰
⁵¹,

- a) Contiene un sistema mixto formado por dos anexos, el primero de ellos corresponde con las enfermedades profesionales actualizadas (ANEXO I). Las que se encuentran pendientes de ser catalogadas como EP por parte de la UE. *“La gran novedad es que se ha establecido un sistema de actualización en el que participan los dos Ministerios implicados, el Ministerio de Trabajo y el de Sanidad.”*⁵²

⁴⁹ GAMBÍ PISONERO, N, RUIZ CONTRERAS, M. L, y . MAQUEDA BLASCO, J. “El nuevo tratamiento legal....” Cit, p.43-55

⁵⁰ CAVAS MARTINEZ, F. “Las enfermedades profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social”, Ministerio de Trabajo e Inmigración, Madrid, 2007, P. 299

⁵¹ GAMBÍ PISONERO, N, RUIZ CONTRERAS, M. L, y . MAQUEDA BLASCO, J. “El nuevo tratamiento legal de las enfermedades profesionales” P. 43-55

⁵² Manual Informativo de PRL Enfermedades Profesionales, P. 24, (UGT, MADRID)

- b) Se especifican los motivos por los que se va a calificar como patología profesional: Qué el trabajo sea causado por cuenta ajena; Qué estén incluidas en el la lista de patologías profesionales vigentes (Si no está incluida y es a causa del trabajo, se denominara AT).⁵³
- c) Deberá estar provocada por los elementos o sustancias y actividades industriales indicadas en el ANEXO I de la lista de Enfermedades Profesionales.
- d) La competencia para la calificación de una enfermedad como profesional radica en la entidad gestora sin perjuicio de la intervención de las entidades colaboradoras que cubran las contingencias profesionales
- e) Existe una modificación el cuadro de enfermedades. En nuevo cuadro de enfermedades la lista grupos⁵⁴⁵⁵⁵⁶:
- Grupo 1: enfermedades profesionales causadas por agentes químicos, donde los distintos agentes se asocian a una lista de actividades de riesgo, como ya sucedía en el decreto predecesor, aunque en la actualidad parece más claro que las actividades que se relacionan son a título ilustrativo, es decir, que no excluyen otro tipo de actividad capaz de producir la enfermedad. donde se incluyen cuarenta y nueve compuestos químicos y sus derivados. Son incluidos el vinilbenceno y divinilbenceno, antimonio y derivados y acrinolitrinos indicados en la recomendación europea.
 - Grupo 2: enfermedades profesionales causadas por agentes físicos, donde también regulara una subclasificación con una mayor concreción de las enfermedades que integran el grupo.
 - Grupo 3: enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos, donde las enfermedades que aun ya existiendo en las lista de RD 1995/1978 quedan formuladas exactamente como aparecen en la lista europea. También se crea un apartado nuevo donde se incluye enfermedades infecciosas. Recoge afecciones tales como: micosis, legionelosis y helmintiasis.
 - Grupo 4: enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados, donde, existe una mayor diversidad de las patologías reconocidas.
 - Grupo 5: enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados, donde, aparece una subclasificación en enfermedades de la piel causadas por agentes de bajo peso molecular. Destacan dos apartados nuevos para asignar enfermedades de la piel por agentes fotosensibilizantes exógenos y

⁵³ AA. VV. “Manual de Prevención de Riesgos Laborales en las Administraciones Públicas” Instituto Nacional de la Administración Pública, 2013.

⁵⁴ RD 1299/2006

⁵⁵ Diario Oficial de la Unión Europea. Recomendación 2006/670/CE relativa a la lista europea de enfermedades profesionales. DOCE núm L 238,25/9/2003.

⁵⁶ AA.VV “Formación y Orientación Laboral”. Ediciones Paraninfo. Meres. 2016.

enfermedades de la piel por agentes infecciosos. En este apartado, no se incluye la recomendación europea.

- Grupo 6: enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos, donde, este nuevo apartado sustituye al apartado de Enfermedades sistémicas de la lista de 1978. Hay un incremento del número de cánceres aceptados como EP. En la actual lista aparecen de forma explícita aquellos producidos por agentes actualizados. No recoge todos los puntos de la recomendación europea.

3. LA HIPOACUSIA COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL

3.1. DEFINICIÓN DE LA HIPOACUSIA

La hipoacusia es la disminución de la sensibilidad auditiva que está causada por una pérdida de la función del oído interno. Será profesional por un deterioro de la audición causada por ruidos en el trabajo; es decir por un trauma acústico. Dependiendo del tipo de exposición y el agente agresivo existen diferentes etiologías⁵⁷, aunque en la mayoría de los casos la causa se debe a micro traumatismos por presión sonora que lesionan la cadena de huesecillos óticos, la cóclea o el tímpano⁵⁸.

El ruido lesiona al oído interno, siendo los tonos agudos los que dañan en mayor medida frente a los graves. Los tonos agudos son los que se producen con más frecuencia en el medio industrial. Los exámenes radiométricos de los trabajadores/as a los que han estado sometidos a una exposición prolongada a altos niveles de ruido muestran pérdida de agudeza auditiva en las gamas de frecuencias más altas: entre 3.000 y 6.000 Hz, y en particular, alrededor de los 4.000 HZ Hz⁵⁹.

La lesión comienza a desarrollarse a partir de los 4.000 Hz, y luego se extiende a las frecuencias más próximas. Con el tiempo va ampliándose hasta afectar a la **banda conversacional** (son las frecuencias entre 500 y 2.000 Hz). Estas frecuencias se corresponden con las que "normalmente" emite la voz humana. Según informes de la Organización Internacional para la Normalización (ISO), los trabajadores/as que han sido expuestos a intensidades superiores a 85 dB, sufren pérdida auditiva por ruido en mayor o menor medida⁶⁰.

La utilización de audífonos (amplificadores del sonido) mejora únicamente la sensación subjetiva de la persona en las primeras fases de evolución de la sordera, pero no resulta eficaz porque la lesión está en la percepción, y no en la transmisión de los sonidos. Es una lesión progresiva, dependiendo de la intensidad y tiempo de exposición al ruido, va avanzando sin control.

Para entender las alteraciones en la percepción de los sonidos, suele utilizarse el siguiente ejemplo: Es como si se pretendiera escuchar la grabación de un disco que está en condiciones correctas, en un equipo adecuado, sin deterioro, se conectan los pulsadores...etc. pero es imposible oírlo si no hay conexión a unos altavoces. El defecto en la conexión, impedirá oír la grabación, aunque se accione el mando del volumen⁶¹.

A la situación presunta de ser capaz de crear enfermedades por el ruido se le llama *contaminación acústica*⁶². La pérdida de audición provocada por el ruido es la enfermedad profesional más común en la UE. En nuestro país el 10% de los trabajadores están expuestos a un nivel de ruido elevado o muy elevado.

⁵⁷ Estudios sobre las causalidad de las cosas

⁵⁸ <https://www.abogalaboral.com/enfermedad-profesional-hipoacusia-sordera-por-el-trabajo.e2239>

⁵⁹ <http://medicina-trabajo.blogspot.com.es/2010/03/sordera-profesional.html>

⁶⁰ [abfis15.uco.es/lvct/tutorial/1/paginas/proyecto/def/\(5\) Criterios de evaluación/organismos de normalizacion.htm](http://abfis15.uco.es/lvct/tutorial/1/paginas/proyecto/def/(5)Criterios%20de%20evaluaci%C3%B3n/organismos%20de%20normalizaci%C3%B3n.htm)

⁶¹ <http://www.proteccion-laboral.com/un-camino-hacia-el-aislamiento/>

⁶² <http://www.proteccion-laboral.com/un-camino-hacia-el-aislamiento/>

De ese porcentaje, casi la mitad pertenecen al sector de la industria y la construcción. Muchos de estos trabajadores pasan más de ocho horas soportando sonidos que superan los niveles establecidos, provocando una enfermedad que no tiene solución. La hipoacusia profesional sigue siendo un problema de salud laboral común⁶³.

Cuando uno se da cuenta de que realmente está perdiendo audición, la enfermedad suele estar ya muy avanzada. Al principio no se le da importancia a ese pitido suave y continuo que se empieza a oír. Tampoco a los puntuales dolores de oído o vértigos, ya que se achacan a un simple resfriado. La mayoría de trabajadores no relacionan que esto pueda ser una consecuencia directa de su ocupación, sino que lo tratan como un factor independiente, por lo que seguramente las estadísticas oficiales de la hipoacusia como enfermedad laboral se quedan cortas y no reflejan la realidad del fenómeno⁶⁴.

3.2. EVOLUCIÓN NORMATIVA DE LA CONSIDERACIÓN LEGAL DE LA HIPOACUSIA COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL

En la normativa actual estas enfermedades se encuentran recogidas en el RD 1299/2006 en el Grupo 2; que corresponde a enfermedades profesionales causadas por agentes físicos. A. Hipoacusia o sordera de tipo neurosensorial, frecuencias de 3 a 6 KHz, bilateral simétrica e irreversible. Subagente 01. Código de 2A0101 a 2A0118. A continuación se enumeran los trabajos que exponen a ruidos continuos cuyo nivel sonoro diario equivalente sea igual o superior a 80 decibelios.

Hasta el Decreto 792/1961 de 13 de abril, no se consideran la sordera profesional como enfermedad profesional. En esta norma se incluía en las “enfermedades sistemáticas”(el apartado F).⁶⁵.

La Orden de 15 de diciembre de 1965, comenzó un desarrollo reglamentario del Decreto citado y contempló la “sordera profesional” entendida por tal: *“la sordera de percepción irreversible, bilateral, de origen nervioso y especialmente coclear, que afecta a las frecuencias conversacionales y es el resultado de la evolución de una hipoacusia progresiva y sordera de la zona supra conversacional del campo auditivo”*, elemento muy restringido, al exigir que fuera especialmente coclear (referido a las células ciliadas , STS de 24 de junio de 2004, JUR 4984).

La Ordenanza General de Seguridad e Higiene en el Trabajo de 9 de marzo de 1971, en el art. 31, punto 9, exponía que “a partir de los 80 decibelios y siempre que no se logre la disminución del nivel sonoro por otros procedimientos se emplearán obligatoriamente dispositivos de protección individual

⁶³ AA. VV. “Sordera profesional: una revisión de su etiología y estrategias de prevención”, *CES Salud Pública*, 2013, nº 4, p. 116.

⁶⁴ AA. VV. “Sordera profesional...cit., p. 117

⁶⁵ RODRIGUEZ INIESTA, G. “Evolución y concreción legal de la noción de enfermedad profesional”, AA. VV. *Las enfermedades profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social*, Ministerio de Trabajo e Inmigración, Madrid, 2007, p. 78 y ss.

como tapones cascos etc. y a partir de los 110 decibelios, se extremará la precaución y prevención para evitar sensaciones dolorosas o graves⁶⁶.

El Real Decreto 1316/1989, de 27 de octubre, que entró en vigor el 1 de enero de 1990, marcaba en su artículo 2 la obligación empresarial de reducir al nivel más bajo posible los riesgos derivados de la exposición al ruido. Se debería evaluar la exposición de los trabajadores al ruido, y practicar evaluaciones periódicas que se llevarían a cabo como mínimo, anualmente, en los puestos de trabajo en que el nivel diario equivalente superasen 85 dBA o 140 dB, respectivamente, o cada tres años, si no se sobrepasan dichos límites, pero el nivel diario equivalente supera 80 dBA (artículo 3). Disponía el artículo 5 que "En los puestos de trabajo en los que el nivel diario equivalente supere 80 dBA deberán adoptarse las siguientes medidas⁶⁷:

1. Proporcionar a cada trabajador una información y, cuando proceda, una formación adecuadas en relación a: La evaluación de su exposición al ruido y los riesgos potenciales para su audición.; Las medidas preventivas adoptadas, con especificación de las que tengan que ser llevadas a cabo por los propios trabajadores; Los resultados del control médico de su audición.
2. Realizar un control médico inicial de la función auditiva de los trabajadores, así como posteriores controles periódicos, como mínimos se serán quinquenales. Estos controles se llevarán a cabo de conformidad con las reglas contenidas en el anexo 4 de la norma.
3. Proporcionar protectores auditivos a los trabajadores que los soliciten.

El RD 1995/1978 modifica la noción de sordera profesional establecida y exigió la necesidad de acreditar dos requisitos:⁶⁸ En primer lugar, el tiempo de exposición exigido por la norma quedaba medido por una exposición durante ocho horas diarias o cuarenta horas semanales y sin señalar durante cuánto tiempo había de concurrir dentro de la actividad. Aunque la norma señala que la exposición debía ser por ruidos *continuos, lo cual implica una permanencia prolongada*, como es propio de las enfermedades profesionales, debiendo estarse al caso concreto para saber si el nivel singular de sordera que se tiene puede haber sido provocado por las específicas circunstancias de exposición al trauma acústico mientras se trabajaba, valorando también cualesquiera otras puedan concurrir que sean ajenas al trabajo (música, etc.); en segundo lugar, el precepto habla de ruidos continuos de nivel sonoro equivalente a 80 decibelios como mínimo, lo cual no significa que siempre deba concurrir el mínimo de 80 decibelios (todas las horas o jornada 80 decibelios), bastando con que sea así en *promedio* a lo largo de una jornada de ocho horas diarias o cuarenta semanales.

En el RD 1299/2006, se menciona "el ruido continuo" pero no alude a ninguna duración de la jornada siendo la principal novedad de este RD añadir actividades de riesgo. Se mantiene las características de "irreversible, simétrica y bilateral" pero se admite que sea "neurosensorial" que incluye la pérdida

⁶⁶ FERRERAS ALONSO, F. "La reforma del régimen de protección contra las enfermedades profesionales", *Revista de Seguridad Social*, nº 1, 1979, p. 114.

⁶⁷ RODRIGUEZ INIESTA, G. "Evolución y concreción...*cit.*", p. 79

⁶⁸ RODRIGUEZ INIESTA, G. "Evolución y concreción...*cit.*", p. 79.

sensorial que atañe al oído interno y pérdida neural que atañe al nervio auditivo⁶⁹. En caso de no ser bilateral (cumplir los dos requisitos anteriormente mencionados), pero de origen profesional puede causar una indemnización por lesiones permanentes no invalidantes (punto 10 del baremos de la Orden ESS/66/2013, de 28 de enero).

En la actualidad hay que atender también a la regulación contenida en el Real Decreto 286/2006, de 10 de marzo, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al ruido. Esta norma surge a raíz del hecho de que el ámbito de la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al ruido había sido adoptada la Directiva 2003/10/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de febrero de 2003, sobre las disposiciones mínimas de seguridad y de salud relativas a la exposición de los trabajadores a los riesgos derivados de los agentes físicos (ruido), que derogaba a la Directiva 86/188/CEE, de 12 de mayo, transpuesta a nuestro derecho interno por medio del Real Decreto 1316/1989, de 27 de octubre, sobre protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de la exposición al ruido durante el trabajo. EL R.D 286/2006 deroga el Real Decreto 1316/1989 y se transpone al derecho español la Directiva 2003/10/CE⁷⁰.

3.3. ANÁLISIS DEL RD 286/2006, LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES CONTRA LOS RIESGOS RELACIONADOS CON LA EXPOSICIÓN AL RUIDO

La norma establece una serie de disposiciones mínimas que tienen como objeto la protección de los trabajadores contra los riesgos para su seguridad y su salud derivados o que puedan derivarse de la exposición al ruido, en particular los riesgos para la audición. Regula las disposiciones dirigidas a evitar o a reducir la exposición, para que los riesgos de la exposición al ruido se eliminen o se reduzcan al nivel más bajo posible. También incluye la obligación empresarial de establecer un programa de medidas técnicas y/o organizativas destinadas a reducir la exposición al ruido, cuando se sobrepasen los valores superiores de exposición que dan lugar a una acción. Además determina los valores límite de exposición y los valores de exposición que dan lugar a una acción, especificando las circunstancias y condiciones en que podrá utilizarse el nivel de exposición semanal en lugar del nivel de exposición diaria para evaluar los niveles de ruido a los que los trabajadores están expuestos; prevé diversas cuestiones relativas a la evaluación de riesgos, estableciendo, en primer lugar la obligación de que el empresario efectúe una evaluación basada en la medición de los niveles de ruido, e incluyendo una relación de aquellos aspectos a los que el empresario deberá prestar especial atención al evaluar los riesgos; incluye disposiciones específicas relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual. También, establece que los trabajadores no deberán estar expuestos en ningún caso a valores superiores al valor límite de exposición; recoge dos de los derechos básicos en materia preventiva, como son la necesidad de formación y de información de los trabajadores, así como la forma de ejercer los trabajadores su derecho a ser

⁶⁹ <http://www.cochlear.com/wps/wcm/connect/es/home/understand/hearing-and-hl/what-is-hearing-loss-/types-of-hl/sensorineural-hearing-loss>

⁷⁰ Véase Exposición de Motivos de la norma

consultados y a participar en los aspectos relacionados con la prevención; se establecen disposiciones relativas a la vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con los riesgos por exposición a ruido⁷¹.

El RD introduce la excepción otorgada por la directiva para situaciones en la que existe utilización de protectores auditivos y señala que “en la determinación de la exposición real del trabajador se tendrá en cuenta la atenuación por los protectores, pero que “para los valores de exposición que dan lugar a una acción no se tendrán en cuenta los efectos producidos por los protectores” (art. 5)⁷².

En especial el art. 4 establece:”

“1. Los riesgos derivados de la exposición al ruido deberán eliminarse en su origen o reducirse al nivel más bajo posible, teniendo en cuenta los avances técnicos y la disponibilidad de medidas de control del riesgo en su origen. La reducción de estos riesgos se basará en los principios generales de prevención establecidos en el artículo 15 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, y tendrá en consideración especialmente:

- a) Otros métodos de trabajo que reduzcan la necesidad de exponerse al ruido;
- b) La elección de equipos de trabajo adecuados que generen el menor nivel posible de ruido, habida cuenta del trabajo al que están destinados, incluida la posibilidad de proporcionar a los trabajadores equipos de trabajo que se ajusten a lo dispuesto en la normativa sobre comercialización de dichos equipos cuyo objetivo o resultado sea limitar la exposición al ruido;
- c) La concepción y disposición de los lugares y puestos de trabajo;
- d) La información y formación adecuadas para enseñar a los trabajadores a utilizar correctamente el equipo de trabajo con vistas a reducir al mínimo su exposición al ruido;
- e) La reducción técnica del ruido:
 - 1 Reducción del ruido aéreo, por ejemplo, por medio de pantallas, cerramientos, recubrimientos con material acústicamente absorbente;
 - 2 Reducción del ruido transmitido por cuerpos sólidos, por ejemplo mediante amortiguamiento o aislamiento;
- f) Programas apropiados de mantenimiento de los equipos de trabajo, del lugar de trabajo y de los puestos de trabajo;
- g) La reducción del ruido mediante la organización del trabajo:
 1. Limitación de la duración e intensidad de la exposición;

⁷¹ Estructura del contenido de la norma

⁷² STSJ de La Rioja de 29 de abril de 2011, JUR. 1178 :” aún teniendo en consideración la atenuación del ruido del ruido por el uso de protectores auditivos, el puesto del actor supera el valor mínimo que da lugar a una acción, dado que para su determinación el artículo 5.2 establece de forma taxativa que para los valores de exposición que dan lugar a una acción no se tendrán en cuenta los efectos producidos por dichos protectores. Por ello, resultan de aplicación las previsiones contenidas en el artículo 4.2 del RD 286/2006 , referentes a la obligación empresarial de establecer y ejecutar un programa de medidas técnicas y de organización que deberán integrarse en la planificación de la actividad preventiva de la empresa y que está destinado a reducir la exposición al ruido

2. Ordenación adecuada del tiempo de trabajo

Hay que destacar que esta norma introduce el *concepto de valor límite* art. 8:

1. En ningún caso la exposición del trabajador, determinada con arreglo al artículo 5.2, deberá superar los valores límite de exposición.
2. Si, a pesar de las medidas adoptadas en aplicación de este real decreto, se comprobaran exposiciones por encima de los valores límite de exposición, el empresario deberá:
 - a. Tomar inmediatamente medidas para reducir la exposición por debajo de los valores límite de exposición.
 - b. Determinar las razones de la sobreexposición.
 - c. Corregir las medidas de prevención y protección, a fin de evitar que vuelva a producirse una reincidencia.
 - d. Informar a los delegados de prevención de tales circunstancias.

Por último, las obligaciones empresariales en materia de prevención se recogen en el art. 6: “El empresario deberá realizar una evaluación basada en la medición de los niveles de ruido a que estén expuestos los trabajadores, en el marco de lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, y del capítulo II, sección 1.ª Del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero. La medición no será necesaria en los casos en que la directa apreciación profesional acreditada permita llegar a una conclusión sin necesidad de la misma”. La protección individual se regula en el art. 7:

“De conformidad con lo dispuesto en el artículo 17.2 de la Ley 31/1995 y en el Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual, de no haber otros medios de prevenir los riesgos derivados de la exposición al ruido, se pondrán a disposición de los trabajadores, para que los usen, protectores auditivos individuales apropiados y correctamente ajustados, con arreglo a determinadas condiciones”.

4. ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL DE LA HIPOACUSIA COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL

4.1. CONSIDERACIONES PREVIAS

Antes de empezar a examinar los diferentes pronunciamientos pasó a exponer unas consideraciones generales:

1. Una de las cuestiones que caracteriza a esta enfermedad es la posibilidad de que evolucione de forma progresiva “en el concreto caso de las enfermedades profesionales no puede atenderse a la fecha del hecho causante, puesto que aquélla marca el momento de constatación del estado determinante del derecho a la correspondiente prestación y el derecho al cobro de la misma; pero el estado incapacitante representa la culminación de un previo período más o menos prolongado de exposición al agente morboso, y siendo éste lo que realmente es objeto de la cobertura, la consiguiente responsabilidad debe repartirse entre las entidades que sucesivamente realizaron tal cobertura” (STS de 10 de julio de 2017, JUR. 3697).

2. Ha existido un cambio de normativa importante, como ya se ha visto. El RD 1995/1978, ha sido sustituido por el RD 1299/2006, de forma que se tiene en cuenta la fecha de los hechos para la aplicación de una norma u otra. Sin embargo, aunque existen otras cuestiones importantes en los que afecta a este cambio, en lo referente a las hipoacusia no supone una modificación esencial.

3. El marco normativo de prevención de los riesgos laborales obliga al empresario a vigilar la salud de los trabajadores. Como consecuencia, trae la obligación de practicar reconocimientos médicos en las empresas con puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales, esto es, en aquéllas en las que se realicen actividades en las condiciones detalladas por el RD 1299/2006.

Como consecuencia del incumplimiento de este deber, se impone una sanción administrativa por infracción grave por "no realizar los reconocimientos médicos y pruebas de vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores que procedan conforme a la normativa sobre prevención de riesgos laborales, o no comunicar su resultado a los trabajadores afectados", que prevé el artículo 12.2 de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social , aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, si bien paralelamente el artículo 243 TRLGSS prevé, la responsabilidad directa del empresario en cuanto al pago de todas las prestaciones que puedan derivarse en casos de enfermedad profesional, cuando se haya incumplido la obligación del reconocimiento previo o periódico del trabajador. Se entiende que la contingencia no habría sido sobrevenida si el empresario hubiera cumplido plenamente su obligación de practicar los reconocimientos médicos (por todas STSJ del País Vasco, de 17 de junio de 2008, JUR.390991). Sin embargo no se va a estudiar específicamente, solo se señala porque algunas sentencias analizadas lo examinan.

4. La presunción que acompaña a la calificación de las enfermedades profesionales (art. 157 TRLGSS); se admite que responde a una presunción *iurist et de iure*, en general, lo que hace que no

deba ser probado el nexo causal. Sin embargo, algunos Tribunales no lo interpretan así, de manera que, por ejemplo, el mesotelioma peritoneal causante de la muerte del trabajador puede no ser enfermedad profesional por exposición al amianto, destruyendo la presunción, cuando se concluye que no ha existido tal exposición por no superarse el nivel de amianto exigido por la normativa de aplicación (*sensu contrario*, STSJ Cantabria, de 15 de julio de 2005, JUR. 183600)⁷³. Igualmente en ocasiones se confunde el tipo de presunción: “La enfermedad profesional requiere de un periodo más o menos largo y no puede imputarse a la trabajadora la carga de la prueba en ninguno de los dos eslabones causales siendo gravemente errónea la aseveración que exige de la trabajadora “una actividad probatoria suficiente en orden a acreditar una actividad continuada y prolongada y de relación de causalidad”, puesto que tal exigencia es directa e inequívocamente contraria al régimen legal y reglamentario de las enfermedades profesionales contenido en el artículo 116 LGSS y en el Real Decreto 1299/2006 y supone ignorar el mismo concepto jurídico de esta contingencia, asimilándola al accidente de trabajo, que sí requiere de tal prueba (...), tales presunciones no han sido desvirtuadas mediante prueba suficiente e inequívoca que desmienta, bien la presencia del agente patógeno en la vida laboral de la trabajadora, bien la relación causal entre el mismo y la enfermedad desarrollada” (STSJ de Castilla León y Valladolid de 15 de abril de 2009, JUR, 1087).

La presunción del artículo 157 TRLGSS es *iusuris et de iure*⁷⁴, no siendo necesaria la prueba de la existencia de relación de causalidad entre el trabajo y la enfermedad; prueba que es necesaria en los otros supuestos de enfermedades contraídas como consecuencia del trabajo y que no se encuentran recogidas en el referido listado. No obstante, la presunción sobre el nexo causal no alcanza a todo su contenido, ni libera al trabajador de acreditar la *existencia* de sustancias, agentes, que se entiende *que son capaces* de provocar la enfermedad (posible fuente positiva de contagio en el caso de enfermedades infecciosas).

Esta afirmación es defendida por la jurisprudencia en relación con algunas de las enfermedades “listadas”. De manera que la hipoacusia o sordera provocada por el ruido puede no considerarse enfermedad profesional, por no superar los niveles permitidos o porque consta la existencia de “otalgias en la infancia y la pérdida de oído por ruido aun prestando los trabajos listado, y “tiene virtualidad para romper el nexo causal” (STS de 24 de junio de 2004, JUR. 4984).

4.2. ANÁLISIS DE LOS PRONUNCIAMIENTOS JUDICIALES

Antes de analizar el contenido de los pronunciamientos hay que señalar que el RD 1299/2006 establece como “Trabajos que exponen a ruidos continuos cuyo nivel sonoro diario equivalente (según legislación vigente) sea igual o superior a 80 decibelios A, especialmente:

01	2A0101	Trabajos de calderería
02	2A0102	Trabajos de estampado, embutido, remachado y martillado de metales.
03	2A0103	Trabajos en telares de lanzadera batiente.

⁷³ TORRENTE GARI, S. “Algunas enfermedades profesionales del personal sanitario y el Real decreto 1299/2006, de 10 de noviembre”, *Aranzadi Social*, 2009, vol. 2 nº 6, p. 97.

⁷⁴ Por todos, DURENDEZ SAEZ, I. “La doctrina de las presunciones y la presunción de certeza de las actas de la Inspección de Trabajo”, *REDT*. nº 45, 1990, p. 87

04	2A0104	Trabajos de control y puesta a punto de motores de aviación, reactores o de pistón.
05	2A0105	Trabajos con martillos y perforadores neumáticos en minas, túneles y galerías subterráneas
06	2A0106	Trabajos en salas de máquinas de navíos
07	2A0107	Tráfico aéreo (personal de tierra, mecánicos y personal de navegación, de aviones a reacción, etc.)
08	2A0108	Talado y corte de árboles con sierras portátiles.
09	2A0109S	alas de recreación (discotecas, etc.).
10	2A0110	Trabajos de obras públicas (rutas, construcciones, etc.) efectuados con máquinas ruidosas como las bulldozers, excavadoras, palas mecánicas, etc.
11	2A0111	Motores diesel, en particular en las dragas y los vehículos de transportes de ruta, ferroviarios y marítimos.
12	2A0112	Recolección de basura doméstica
13	2A0113	Instalación y pruebas de equipos de amplificación de sonido.
14	2A0114	Empleo de vibradores en la construcción.
15	2A0115	Trabajo en imprenta rotativa en la industria gráfica
16	2A0116	Molienda de caucho, de plástico y la inyección de esos materiales para moldeo- Manejo de maquinaria de transformación de la madera, sierras circulares, de cinta, cepilladoras, tupies, fresas.
17	2A0117	Molienda de piedras y minerales
18	2A0118	Expolio y destrucción de municiones y explosivo

En las sentencias analizadas, en la que se detalla la ocupación los trabajos son causantes de una hipoacusia profesional los siguientes:

Plomo (STS, 18 de junio de 2016, JUR. 3177); ajustador troquelador (STS de 19 de febrero de 2015, JUR. 1970); fundición, (STS de 10 de julio de 2017, JUR. 3697); fabricación de coches (STS de 18 de noviembre de 2014, JUR. 20); fabricación de envases y embalajes metálicos (SSTSJ de La Rioja, de 23 de septiembre de 2010, JUR. 2514; 29 de abril de 2011, de 31 de mayo de 2011, JUR. 1766; JUR. 1178; de 27 de septiembre de 2011, JUR. 358282); salas de fiesta (STSJ de Cataluña, de 27 de octubre de 2016, JUR. 1860); soldador de metal(SSTSJ de Galicia de 28 de enero de 2015, JUR. 52720 y de Asturias de 5 de octubre de 2012, JUR. 403); aluminio (STSJ de C. Valenciana de 8 de marzo de 2011, JUR. 2113); vidrio (STSJ de Andalucía Sevilla de 3 de marzo de 2016, JUR. 108536) ; siderurgia (STSJ de Andalucía Sevilla de 8 de octubre de 2014, JUR. 38879, Granada, de 24 de febrero de 2010, JUR. 354 y de 17 de febrero de 2010, JUR. 98597); aeronaves; (STSJ de Islas Canarias Las Palmas, de 30 de noviembre de 2011, JUR. 192673).

Desde el punto de vista del contenido de las sentencias, uno de los problemas de este tipo de enfermedades es que pueden tener origen “no profesional” argumento que utiliza la Entidad Gestora para rechazar la calificación como “enfermedad profesional” de la contingencia (por todas STSJ de Andalucía Sevilla, de 10 de junio de 2009, JUR. 2237)⁷⁵. Sin embargo “estar expuesto durante largos periodos a un

⁷⁵Es el caso de tres demandantes que trabajaron en las instalaciones del Parque Móvil del Ayuntamiento de Sevilla desde los años 1996, 1991 y 1990, respectivamente, lugar donde se encontraba un compresor que mantenía niveles

nivel superior determina que sea necesariamente profesional” (STS de 19 de febrero de 2015, JUR. 1970). “Las enfermedades profesionales son dolencias padecidas por la exposición a agentes nocivos típicos de determinados medios de trabajo, y que la calificación de una enfermedad como profesional procede cuando se produce a consecuencia de la realización de las actividades laborales que se comprenden en el listado de enfermedades, y por la acción de los elementos que figuran en el mismo (...). En el caso de la hipoacusia padecida por el demandante, dicho menoscabo se ha producido por la exposición continuada a unos niveles sonoros superiores a aquellos que hubieren impedido la aparición de la enfermedad, y por ello la adopción de medidas tendentes a proteger frente al ruido adoptadas tras el diagnóstico de la enfermedad profesional no tienen relevancia a la hora de establecer una posible responsabilidad empresarial en la causación del daño físico” (STSJ de La Rioja de 29 de abril de 2011, JUR. 1178)

Un caso particular examina la STSJ de País Vasco, de 14 de febrero de 2006, JUR. 1300. El trabajador había prestado sus servicios en un ambiente laboral ruidoso, dado que en su puesto de trabajo existe un nivel de ruidos medio de entre 86,9 y 84,3 decibelios, siendo el tiempo de exposición la jornada completa. El Equipo de valoración de Incapacidades determinó “hipoacusia de predominio izquierdo, acufeno ocasional izquierdo”. EL INSS alega que sufre un proceso degenerativo auditivo, “ya que para ello – enfermedad profesional- se precisa haber estado sujeto a una exposición continuada al ruido por razón del trabajo, lo que exige hacerlo durante un mínimo de ocho horas diarias a niveles superiores a ochenta decibelios, lo que no es el caso porque su jornada no alcanzaba ese tiempo y no llevaba más que año y medio en la empresa (en aplicación de los requisitos del RD 1995/1978”⁷⁶.

El tribunal defiende “no cabe identificar enfermedad profesional con enfermedad contraída por razón del trabajo. Su concepto legal es mucho más reducido, al precisarse que, además de ese requisito, concurra que tanto la enfermedad como la causa que la produce sean algunas de las que, por razón de la asiduidad con que se ocasiona, figuran en una lista oficial. De no estar incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales y, sin embargo, venir exclusivamente ocasionada por razón del trabajo desempeñado o haberse agravado a consecuencia de la lesión sufrida en un accidente laboral, su tipificación correcta es la de accidente de trabajo, según resulta de lo dispuesto en el art. 115-2-e) y f) *“Como “no consta que haya estado expuesto a ruidos de origen distinto o que ya tuviera esa pérdida auditiva antes de entrar en la empresa actual” es calificada como enfermedad profesional.*

En general, acreditada la enfermedad y el ruido superior a 80 decibelios, *la gravedad de la enfermedad es irrelevante*: “acredita la hipoacusia bilateral y acreditado que el trabajador demandante desde el año 1976 acredita la exposición durante la jornada de trabajo a niveles de ruido superiores a los 80

de ruido equivalente a 90 decibelios. “Ha quedado claramente acreditado que, frente a tal hecho y con pleno conocimiento por parte de la Corporación, ninguna medida se tomó al respecto, ni se efectuaron las preceptivas mediciones ni se cambió la ubicación del aparato, ni se practicaron audiometrías a los trabajadores, pese a que ya al menos desde el año 2003 se venía denunciando por los productores, los Delegados de Prevención y el Comité de Empresa y a pesar de que asimismo se constatará en el año 2001, en una primera medición, que los niveles imponían una adecuada protección que nunca se hizo efectiva, y que igualmente se había recomendado sacar el aparato al exterior e insonorizarlo mediante su ubicación en un cubículo que habría de construirse, ni asimismo consta que se informara a los trabajadores de los riesgos derivados de tal exposición al ruido”.

⁷⁶SSTSJ del País Vasco de 13 de enero de 2003, JUR. 114481; de Cantabria de 27 de mayo de 2003, Ar. 9028

decibelios, *habrá que llegar a la conclusión de que la hipoacusia neurosensorial bilateral, que padece deriva de enfermedad profesional, siendo de destacar, que a los efectos de la mera calificación como enfermedad profesional, es irrelevante la mayor o menor gravedad de la hipoacusia, circunstancia que si obviamente entraría en juego a efectos incapacitantes.*" (STS de 20 de diciembre de 2007, JUR. 178).

Además, incluso aunque haya factores ajenos al trabajo que interfieren en la calificación, no por ello se excluye la calificación de profesional "la hipoacusia de transmisión que presenta en el oído derecho, en la que *existen antecedentes de una lesión ajena al ruido*, como es la presencia de un colesteatoma por el que fue intervenido, pero no es la única causa de su hipoacusia, que es bilateral, teniendo afectado el nivel conversacional y no conversacional. Concretamente, en su oído izquierdo no hay más origen posible de su sordera que su exposición al ruido, que alcanza niveles superiores a 80 decibelios (...) (STSJ del País Vasco, de 21 de enero de 2003, JUR. 14942).

En el caso de exposición al ruido la presunción prevista en el art. 157 del TRLGSS se ha calificado de *iuris tantum*, ya que puede ser contraída por factores ajenos a los laborales, con posibilidad de prueba en contrario, pues "siempre es necesaria la prueba de la realización prolongada de actividad profesional" (STSJ de Cataluña, de 16 de enero de 2007, JUR. 220742). Pero "No se exige además prueba directa de la existencia de la relación de causalidad con tal sustancia o elemento largamente presente, excluyendo que haya sido producido por otro elemento que acaso de forma coyuntural haya podido estar presente fuera del ambiente de trabajo en algún momento, pues tal prueba es prácticamente imposible. "La enfermedad ha surgido *o se ha agravado* durante el período de actividad laboral y ello como consecuencia de que el sistema público asegurativo no protege las enfermedades anteriores a la incorporación al trabajo, salvo que éste las haya agravado" (STSJ del País Vasco, de 14 de febrero de 2006, JUR. 175828).

Como solución, tras el RD 1299/2006 se atiende igualmente a la realización de los trabajos expresamente mencionados así: "en los hechos probados consta que la hipoacusia, que como enfermedad profesional es padecida el actor por trabajar expuesto a niveles de ruido superiores a 85 dB , ya quedó perfectamente objetivada en sendas audiometrías efectuadas en los años 2.002 y 2.006, no hay lugar a dudas de que se trata de una enfermedad profesional" (Auto TD de 21 de junio de 2012, JUR. 258713)⁷⁷, puesto que el RD 1299/2006 prevé como enfermedad profesional la exposición a un nivel igual o superior a 80 dbA ,especialmente en los *trabajos de obra pública*".

Es importante destacar el *cambio de doctrina del Tribunal Supremo*, debido a la modificación de la normativa, respecto a la forma de valorar el ruido. El TS en sentencias de 6 de octubre de 1995, JUR. 7198, de 19 de enero de 1996, JUR. 4125 y de 12 de febrero de 1996, JUR. 1012 —entre otras- mantuvo que los 80 decibelios de límite para poder hablar de penosidad habrían ***de medirse sin cascos***; pero "*aquellas resoluciones se dictaron en un momento en el que las medidas de prevención carecían del perfil y precisión que tienen ahora*, fundamentalmente después de la Directiva Marco 89/391/CEE del Consejo y la LPRL que contemplan que "*los conocimientos científicos actuales relativos a los efectos de exposición al ruido... no permiten fijar niveles precisos de seguridad*", y anunciando que "*la presente Directiva contiene disposiciones*

⁷⁷ Consta que en su puesto se encuentra expuesto a niveles de ruido superiores a 106 db , dedicándose la mayor parte del tiempo al uso de un martillo neumático, con exposición de 8 horas diarias en 2004 y 2007. En instancia y en suplicación se le declara afecto de incapacidad permanente total por enfermedad profesional.

que deberán ser revisadas sobre la base de la experiencia adquirida y de la evolución de los conocimientos científicos y técnicos en este ámbito"; y es precisamente por el avance técnico por lo que fundamentalmente se dictó la nueva Directiva 20013/10. La Directiva 86/188 partía de una evaluación relacionada con "la exposición del trabajador al ruido"..."en el lugar de trabajo" -arts. 2,3,4,5 y siguientes - y se preveían medidas para evitarlo de carácter genérico, mientras que en la normativa actual la medición del ruido en el lugar de trabajo va dirigida no tanto a eliminarlo con carácter general sino a eliminar el ruido que el trabajador **percibe**, de aquí que se establezcan con mayor precisión en el art. 3 de la Directiva de 2006 tres tipos de valores de exposición -más precisos que los contenidos en la Directiva anterior, y que específicamente se disponga en su art. 3.2 que en la "determinación de la exposición real del trabajador al ruido **se tendrá en cuenta la atenuación que procuran los protectores auditivos individuales utilizados por los trabajadores**", cuya referencia no existía en la normativa anterior. En definitiva, se llega a la conclusión de que ha sido modificada y perfeccionada toda la previsión normativa sobre la prevención de los riesgos derivados del ruido, *personalizando e individualizando el sentido de la protección frente a las agresiones derivadas del mismo en relación con la capacidad auditiva de los trabajadores*, y ello obliga a modificar también las resoluciones judiciales sobre el particular. Con lo que aquella jurisprudencia denunciada no puede mantenerse. *No obstante ello, no cabe duda que del simple hecho de haberse modificado la normativa existente no podría deducirse un cambio de doctrina si no fuera que se hubiera llegado a la conclusión, como así ha ocurrido, de que aquella doctrina era necesario modificarla*. Y a esta conclusión se llega fundamentalmente porque, *mientras la jurisprudencia representada por las sentencias anteriores se centraba en la valoración del ruido en atención al "puesto de trabajo" sin trabajador, en la actual se está considerando que el ruido que se evalúa lo es en contemplación al "trabajador que desempeña ese puesto de trabajo" pues el puesto de trabajo objetivamente contemplado no es en sí mismo penoso ni tampoco lo sería si fuera servido por un robot o incluso por una persona completamente sorda; pero, además de esa diferencia interpretativa, se da la circunstancia de que aquellas primeras sentencias partían de una consideración de penosidad derivada de una aparente doctrina consolidada de la Sala de lo Contencioso-Administrativo que consideraba la existencia de penosidad en atención al nivel de ruido del "puesto de trabajo" sin contemplación alguna de la protección personal que pudiera reducir aquel nivel* Se trata de una cuestión reiteradamente discutida y discutible respecto de la cual ha incidido tanto la normativa de prevención como la relacionada con la posible enfermedad profesional derivada de ruido que **exigen ser interpretadas en función del trabajador que desempeña su trabajo en un determinado puesto, antes que en la mera atención objetiva al puesto de trabajo en cuestión**" (STS 14 de junio de 2010, JUR.. 5939).

La nueva es la doctrina establecida por la STS de 25 de noviembre de 2009, JUR. Ar. 443; mantiene un criterio que se encarga de concretar en tres afirmaciones:

1. La penosidad por ruido sólo puede considerarse existente cuando "el ruido que llega al oído" del trabajador supera los 80 decibelios de media.
2. Por encima de dicho nivel de ruido la penosidad debe considerarse "excepcional" a todos los efectos, y también a los de dar derecho a percibir el complemento de excepcional penosidad.
3. La actual posición de esta Sala del Tribunal Supremo sobre la *referencia subjetiva* (el ruido percibido) y no locativa (el ruido existente en el puesto de trabajo, con independencia del uso de amortiguadores auditivos) modifica la jurisprudencia anterior, en parte por entender que el criterio del ruido percibido es más ajustado a derecho, y en atención también al progreso de la técnica de protección auditiva y a la propia evolución de la legislación de prevención de riesgos laborales". (En

el mismo sentido SSTs de 22 de diciembre de 2009, Ar. 2152; de 3 de febrero de 2010, Ar. 3397; 14 de junio de 2010, Ar. 5939).

Las razones en que se apoya la reseñada doctrina jurisprudencial se pueden resumir en los siguientes puntos: "1º) en el estado actual de la técnica, la penosidad o sufrimiento del trabajador por la circunstancia ambiental de ruido se puede amortiguar sensiblemente mediante el uso de protectores auditivos adecuados; 2º) la finalidad de las normas comunitarias y nacionales en la materia, indicada con claridad en la exposición de motivos de la Directiva 2003/10 (punto 12), es que "el ruido que llegue al oído del trabajador deba mantenerse por debajo de los valores límites de exposición"; y 3º) el nivel sonoro de 80 dB es el que se tiene en cuenta en el RD 1299/2006 para considerar enfermedad profesional la hipoacusia o sordera provocada por "trabajos que exponen [al trabajador] a ruidos continuos", y parece lógico considerar "excepcional" o anormal penosidad la padecida en un medio de trabajo que, según el estándar oficialmente reconocido, puede producir sordera al trabajador afectado"⁷⁸.

Esta doctrina que no puede ser aplicada si: "no hay constancia, ni ha quedado acreditado que el nivel de ruido que ha podido percibir el trabajador en los periodos previos al diagnóstico de la enfermedad profesional no le haya causado el daño comprobado y por la causa constatada, afirmándose por el contrario que las medidas aplicadas por la empresa han resultado ser posteriores al hecho causante, o han sido insuficientes para evitar el riesgo cierto causante de la lesión (STSJ de La Rioja de 29 de abril de 2011, JUR. Ar. 1178)⁷⁹.

Por último señalar que cuando el convenio colectivo recoge plus de toxicidad, penosidad y peligrosidad se han de percibir en el caso de que el nivel de decibelios supere los 80 –nivel de ruido permitido por la normativa. Para la aplicación de este plus se han examinado dos circunstancias:

1. El hecho de que la exposición al ruido no se corresponda con la totalidad de la jornada de trabajo no es determinante para la percepción del plus que se reclama. La habitualidad en la prestación de servicios conforme a unos determinados parámetros de ruido y exposición, ha de ser entendida, al menos, como desempeño dilatado en el tiempo, no esporádico e infrecuente, del puesto de trabajo que genera la situación penosa y en el caso de autos la permanencia en la prestación de servicios con sometimiento a excepcionales niveles de ruido ha quedado acreditado reflejándose así de forma expresa en el inalterado relato de hechos probados de la sentencia de instancia. El nivel de ruido que soporta el demandante determina la legitimidad del plus de penosidad al considerarse el umbral de los 80 decibelios como "un especial significado de riesgo (y "excepcional" penosidad), y superarse el mismo (STSJ de La Rioja de 23 de septiembre de 2010, Ar. 2514. Y Ar. 368442).

⁷⁸ Esta doctrina no se puede aplicar si no existen mediciones STSJ de La Rioja de 23 de septiembre de 2010, Ar. 2514.

⁷⁹ "A pesar de las medidas adoptadas por la empresa, es lo cierto que de la prueba practicada y consistente en las propias mediciones aportadas por la empleadora, se desprende que se siguen superando los límites de exposición al ruido y que no se ha logrado reducir el mismo por debajo del valor superior de exposición que da lugar a una acción (artículo 5.2 del RD 286/2006) (...)Del inalterado relato de hechos probados se desprende también que las medidas adoptadas han resultado ser tardías e insuficientes, ya que se siguen superando los límites de exposición al ruido, límites que a la vista de los trabajadores afectados por la misma enfermedad profesional de hipoacusia (25 trabajadores), han generado riesgo de daños graves para la seguridad y salud de los trabajadores"

2. El apoyo en las derogada Ordenanzas-de la Siderometalúrgica, de 29 de julio de 1970 (STSJ de Islas canarias Las Palmas, de 30 de noviembre de 2011, JUR. 192613), -que en art. 77 reconocía “el derecho a percibir un complemento del 20 % del salario base a los trabajadores que presten servicios en puestos excepcionalmente penosos, tóxicos o peligrosos-”; de la Industria Metalgráfica de 22 de diciembre de 1971 (STSJ de La Rioja de 23 de septiembre de 2010, JUR. 2514. y JUR. 368442)- que el art 60 establecía que la excepcional penosidad o peligrosidad de los trabajos quedará normalmente comprendida en la valoración de los puestos de trabajo se abonará al personal que haya de realizar labores un plus del 20% sobre el salario base más antigüedad, por reenvío de los convenios colectivos. Con base a estas referencias se discute si ese plus se ha de percibir midiendo el ruido con los protectores auditivos puestos, en cuyo caso no alcanza el límite de los 80 decibelios. La norma jurídica que fundamenta la solución es el RD 286/2006: “Ahora bien, la norma, de acuerdo con su finalidad preventiva, exige medir los niveles de ruido del puesto de trabajo sin protector con la finalidad de conocer cuáles son las necesidades de protección, y sólo exige calcular el nivel de ruido con EPI, cuando éste supera los 87 decibelios porque a partir de aquí el riesgo es tan elevado que lo que procede es la paralización del trabajo. Lo que la norma pretende en definitiva es que se determine cuál es el nivel de ruido del puesto de trabajo para reducirlo con cascos protectores, estimando penoso el que supera los 80 decibelios y por eso le exige protección. O sea, que la penosidad por ruido se considera existente cuando "el ruido que llega al oído" está por encima de aquel nivel de exposición pero, lógicamente no, cuando el ruido que llega al oído es inferior a 80 decibelios (...) habrá que concluir que se ha reducido la penosidad; y si con aquéllas se consigue reducir el ruido por debajo de aquel límite legal, habrá que llegar a la conclusión de que se ha eliminado la penosidad por ruido, por lo mismo que no la soportan los trabajadores que están sufriendo un ruido de menos de 80 decibelios.

De todo ello la conclusión a la que procede llegar no es otra que la de entender que la penosidad por ruido sólo puede afirmarse existente cuando "el ruido que llega al oído" del trabajador supera los 80 decibelios de media, y, por lo tanto, que cuando se le han facilitado elementos de protección y con ellos se rebaja ese nivel de ruido no puede hablarse de penosidad por ruido (SSTJ C. Valenciana, de 8 de marzo de 2011, JUR. 2113, País Vasco, de 18 de febrero de 2014, JUR. 186183; Andalucía Granada, de 24 de febrero de 2010, JUR. 354 y de 17 de febrero de 2010, JUR. 98597).

5. CONCLUSIONES

Como hemos podido observar a lo largo del estudio de este apartado, la regulación de las enfermedades profesionales se ha ido adaptando a la actualidad de forma progresiva en el tiempo pero con pequeñas modificaciones.

La calificación de EP se da como tal a partir de 1961 de forma muy rígida y que se irá flexibilizando a medida que se hacen caso a las recomendaciones europeas. Sobre todo para la calificación de la misma. Comenzará a partir del 1947, ya que por primera vez surge el concepto de Enfermedad Profesional como tal.⁸⁰ A medida que se vaya transformando sufrirá matices y finalmente será la siguiente:

“Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.” Art 157 LGSS.⁸¹

En la actualidad, el RD 1299/2006s ha flexibilizado la calificación de enfermedad profesional, siendo necesario que el trabajador haya trabajado en alguna de las actividades expuestas en el cuadro, pero no exige que sean enfermedades específicas listadas como en los anteriores decretos. Tampoco hace falta en la actualidad el mínimo de tiempo necesario para entender que existió riesgo de provocar la patología profesional, tiempo que sí se pedía en la Ley de 1961.

Además, incluye una forma de clasificar las situaciones de las EP: según la afección (podrá ser leve, grave, muy grave o mortal), por permanencia de la enfermedad (podrá ser crónica o no crónica) y según el agente que la ha causado (hace referencia a los agentes del ANEXO I).

En la normativa actual, se establece un sistema mixto. Se incluye el ANEXO II, que da la posibilidad de que las enfermedades que se produzcan derivadas del trabajo pero no estén incluidas en el ANEXO I, tengan la posibilidad de ser consideradas como tal. Las enfermedades del ANEXO II, tendrán la clasificación de AT, ya que se considerara que es como consecuencia del trabajo.

Actualmente existe una regulación óptima en comparación con las anteriores regulaciones pues había sido muy precaria y limitada. Ha sufrido un periodo de adaptación junto a las recomendaciones de la UE para todos los Estados Miembros. La lista de enfermedades profesionales ha sufrido variaciones positivas, adquiriendo nuevos agentes y sustancias en la realización a la evolución del momento en que se publicaba la legislación y a diferencia de otras normativas deja abierta la posibilidad de incluir nuevos agentes que sean declarados de riesgo. El Real Decreto 1299/2006 tiene como objetivo facilitar la calificación de las patologías profesionales.

⁸⁰ Artículo 2 del Decreto de 10 de enero de 1947.- Se entenderá como enfermedades profesionales aquellas 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.

⁸¹ Dicho artículo servía como referencia tanto para el decreto 1995/1978 como al Real Decreto 1299/2006

En lo que se refiere a la hipoacusia es una enfermedad provisional, incluida en el actual decreto 1299/2006 en su ANEXO I se refiere a una sordera de percepción irreversible, bilateral, de origen nervioso y especialmente coclear, que afecta a las frecuencias conversacionales y es el resultado de la evolución de una hipoacusia progresiva y sordera de la zona supra conversacional del campo auditivo. Por lo tanto cumple con ese periodo latente de la mayoría de enfermedades profesionales.

Hay que señalar que se trata de una de las enfermedades profesionales más frecuentes, pero problema surge cuando la sordera puede tener origen no profesional, pudiendo deberse al propio desgaste biológico o problemas hereditarios. El argumento de que la hipoacusia puede ser una enfermedad extra-profesional es usado por algunas entidades gestoras para rechazarla como patología profesional (STSJ de Andalucía Sevilla, de 10 de junio de 2009, Ar. 2237). De la misma forma estudios médicos, si justifican que la larga exposición a un ruido constante en el ámbito laboral es la causa de la patología. Incluso si se toman medidas de prevención (uso de tapones anti-ruido), no liberaría responsabilidad al empresario en el caso de la aparición de la enfermedad ((STSJ de La Rioja de 29 de abril de 2011, Ar. 1178). El empresario siempre tendrá responsabilidad, excepto cuando se demuestre que proporciona materiales para reducir la molestia por un ruido en menos de 80 decibelios. En el caso de que apareciese hipoacusia podría achacarse a mal uso de los materiales preventivos del trabajador y por lo tanto, evadir de responsabilidad al empresario.

Para que sea considerada como enfermedad profesional deben concurrir varios requisitos, entre ellos que la actividad este en el cuadro profesional y segundo, que sea producido por daños acústicos en el trabajo, siempre que se hubiesen superado los 80 dbs. Pero además, en la actualidad *se pretende eliminar el ruido que el trabajador percibe*. Con ello, se atiende a que el riesgo derivados del ruido, sea *personalizando e individualizando en relación con la capacidad auditiva de los trabajadores*. De este modo, se responde en la prevención y protección de esta enfermedad profesional a las líneas de actuación que hay en toda la Prevención de Riesgos Laborales. Como se ha visto en las sentencias analizadas, la *valoración del ruido no es tanto en atención al "puesto de trabajo" sin trabajador, sino que el ruido que se evalúa contemplando al "trabajador que desempeña ese puesto de trabajo"*. De ahí que para la calificación de una hipoacusia hay que atender a la *protección personal que pudiera reducir el nivel de ruido*. De este modo, además de la exigencia cuantitativa hay una la referencia subjetiva (el ruido percibido) y no locativa (el ruido existente en el puesto de trabajo, con independencia del uso de amortiguadores auditivos).

Para finalizar, por lo tanto para saber si estamos ante un caso de hipoacusia, no solo tendremos que remitirnos al cuadro profesional, sino también a las condiciones de su puesto de trabajo para saber si cumplía las condiciones de prevención, el nivel de ruido y todos aquellos factores que no ayuden a determinar la existencia de la patología profesional o la existencia de una patología producida por causas ajenas a la profesión.

6. BIBLIOGRAFÍA

6.1. BIBLIOGRAFÍA DOCUMENTAL

AA. VV. "Manual de Prevención de Riesgos Laborales en las Administraciones Públicas" Instituto Nacional de la Administración Pública, 2013.

AA. VV. "Sordera profesional: una revisión de su etiología y estrategias de prevención", CES Salud Pública, 2013, nº 4.

AA.VV "Formación y Orientación Laboral". Ediciones Paraninfo. Meres. 2016.

ARES CAMERINO A. Patologías de origen profesional. Medicina de familia (and) 2001; 3:259-263.

CAVAS MARTINEZ, F. "Las enfermedades profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social", Ministerio de Trabajo e Inmigración, Madrid, 2007.

CHACARTEGUI JÁVEGA., J. El concepto de Accidente de Trabajo: Su construcción por la jurisprudencia. (Albacete, Ed. Bomarzo, 2007).

CHURRUCA Y DE LA PLAZA, P. "Los seguros sociales obligatorios en España", Derecho PUCP 2013.

COBEDO BARCELÓ, S. Y GONZALEZ ORTEGA, S. "Tratamiento laboral, preventivo y de seguridad social de las enfermedades derivadas del trabajo". Universidad Carlos III de Madrid y Pablo de Olavide de Sevilla. 2012

COMIN COMIN, F. "Los seguros sociales y el estado del bienestar en el SXX" en AA.VV Pons Pons, J. "Estado del bienestar en España 1900-1945". Prensa UNIZAR. Zaragoza.2010.

DE CASTRO MEJUTO, F. "las vicisitudes de la contingencia de enfermedad profesional", Anuario da Facultad de Dereito da Universidad da Coruña, Vol. 20, 2016.

DURENDEZ SAEZ, I. "La doctrina de las presunciones y la presunción de certeza de las actas de la Inspección de Trabajo", REDT. nº 45, 1990.

FERRERAS ALONSO, F. "La reforma del régimen de protección contra las enfermedades profesionales", Revista de Seguridad Social, nº 1, 1979.

GAMBÍ PISONERO, N, RUIZ CONTRERAS,M. L,y . MAQUEDA BLASCO, J. "El nuevo tratamiento legal de las enfermedades profesionales en comparación con lo derogado y con la recomendación europea sobre el tema" Med Segur Trab 2007; Vol LIII Nº 209.

GARCÍA COCA, O. "La gestión de las enfermedades profesionales en el marco de las Nuevas Tecnologías". Revista Jurídica de los Derechos Sociales.Vol .3 Num.2. 2013

GARCÍA GONZALEZ, G. "LOS INICIOS DE LA PREVISIÓN SOCIAL EN ESPAÑA: RESPONSABILIDAD PATRONAL Y SEGURO DE ACCIDENTES EN LA LEY DE ACCIDENTES DEL TRABAJO DE 1900". Revista Jurídica de los Derechos Sociales. Vol 5, nº12.

GARCÍA MURCIA, J., "Accidente de trabajo y enfermedad profesional. El concepto de enfermedad profesional", en Seguridad Social práctica (Coord. BLASCO LAHOZ y LÓPEZ GANDÍA), 2001.

GARCÍA ORMAECHEA, R. " El accidente de trabajo y la enfermedad profesional", Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, Madrid, 1933.

HERNÁNDEZ MARTÍN, M. "Enfermedades de posible origen laboral atendidas en atención primaria por el Servicio Madrileño de Salud". UCM, MADRID. 2018.

IGARTÚA MIRÓ, M. T.: "La nueva lista de enfermedades profesionales y la inamovilidad respecto a las dolencias derivadas de riesgos psicosociales", Actualidad Laboral, nº 22, 2007.

LANTARON BARQUIN, D. "Cuadro de enfermedades profesionales: una radiografía jurídica", Relaciones Laborales, nº 1, 2008.

Manual Informativo de PRL Enfermedades Profesionales, pag 24, (UGT, MADRID)

MORENO CÁLIZ S. La lista de enfermedades profesionales a la luz de recientes textos internacionales. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2003.

OLARTE ENCABO, S. "Acoso moral y enfermedades psicolaborales: un riesgo laboral calificable de accidente de trabajo. Progresos y dificultades" . TEMAS LABORALES núm. 80/2005.

PANIZO ROBLES, J.A.: "Novedades de Seguridad Social al inicio de 2007", Revista de Trabajo y Seguridad Social, CEF, nº . 287, 2007.

RODRIGUEZ INIESTA, G. "Evolución y concreción legal de la noción de enfermedad profesional", AA. VV. Las enfermedades profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo e Inmigración, Madrid, 2007.

TORRENTE GARI, S." Algunas enfermedades profesionales del personal sanitario y el Real decreto 1299/2006, de 10 de noviembre", Aranzadi Social, 2009, vol. 2 nº 6.

6.2. BIBLIOGRAFÍA JURISPRUDENCIAL

SENTENCIAS TRIBUNAL SUPREMO

STS de 25 de Noviembre de 1992, JUR. 8835

STS de 6 de octubre de 1995, JUR.7198

STS de 17 de junio de 1903, JUR. HISTORICA

STS de 19 de enero de 1996, JUR.4125

STS de 12 de febrero de 1996, JUR.1012

STS de 24 de junio de 2004, JUR. 4984

STS de 20 de diciembre de 2007, JUR.1782

STS de 25 de noviembre de 2009, JUR.443

STS de 22 de diciembre de 2009, JUR.2152

STS de 3 de febrero de 2010, JUR. 3397;

STS de 14 de junio de 2010, JUR.5939

STS de 31 de mayo de 2011, JUR.1766

STS de 27 de septiembre de 2011, JUR.358282

Auto TS de 21 de junio de 2012, JUR.258713

STS de 18 de noviembre de 2014, JUR. 20

STS de 19 de febrero de 2015, JUR.1970

STS de 18 de junio de 2016, JUR. 3177

STS de 10 de julio de 2017, JUR.3697

SENTENCIAS TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA

STSJ de Cataluña, de 23 de diciembre de 2002, JUR.3125

STSJ del País Vasco, de 21 de enero de 2003, JUR.14942

STSJ de Cantabria, de 15 de julio de 2005, JUR. 183600

STSJ de País Vasco, de 14 de febrero de 2006, JUR. 1300

STSJ de Cataluña, de 16 de enero de 2007, JUR. 220742

STSJ del País Vasco, de 17 de junio de 2008, JUR.390991

STSJ de Castilla León y Valladolid de 15 de abril de 2009, JUR.1087

STSJ de Andalucía Sevilla, de 10 de junio de 2009, JUR. 2237

STSJ DE Granada, de 17 de febrero de 2010, JUR. 98597

STSJ de Granada, de 24 de febrero de 2010, JUR. 354

STSJ de La Rioja, de 23 de septiembre de 2010, JUR.2514

STSJ de C. Valenciana de 8 de marzo de 2011, JUR. 2113

STSJ de La Rioja, de 29 de abril de 2011, JUR.1178

STSJ de La Rioja, de 31 de Mayo de 2011, JUR.

STSJ de Islas Canarias Las Palmas, de 30 de noviembre de 2011, JUR. 192673

STSJ de Asturias de 5 de octubre de 2012, JUR. 403

STSJ País Vasco, de 18 de febrero de 2014, JUR. 186183

STSJ de Andalucía Sevilla de 8 de octubre de 2014, JUR.38879

STSJ de Galicia de 28 de enero de 2015, JUR. 52720

STSJ de Andalucía Sevilla de 3 de marzo de 2016, JUR. 108536

STSJ de Cataluña, de 27 de octubre de 2016, JUR. 1860