

# La nueva lista de enfermedades profesionales, ¿qué novedades aporta respecto a la situación vigente hasta ahora?

J. Bofill<sup>a</sup>, C. Serra<sup>b</sup>, F. G. Benavides<sup>b</sup>

Las listas de enfermedades profesionales han supuesto en las sociedades occidentales durante el último siglo un marco de referencia legal como base a un reconocimiento de enfermedades producidas a causa o como consecuencia del trabajo. Estas listas surgen, y se van modificando, por la exigencia cada vez mayor de la sociedad hacia una corresponsabilidad de las empresas y administraciones en la salud del trabajador, derivada de los progresivos cambios socioeconómicos y políticos que producen un mayor bienestar de las personas, así como por el avance del conocimiento de las causas de estas enfermedades.

Inicialmente las enfermedades profesionales se reconocían según el modelo epidemiológico unicausal de desarrollo de enfermedades, por lo que las listas tendían a ser muy restrictivas. Es el caso de la OIT, que en 1925 elaboró una lista donde solo cabían tres entidades, entre ellas la enfermedad por mercurio o el ántrax. Esta lista fue posteriormente ampliándose progresivamente en los convenios 42 y 121.

Después de la Segunda Guerra Mundial, cambiaron o se incorporaron numerosos procesos productivos en el mercado laboral, que implicaron la diversificación de tareas a realizar así como la aparición de nuevos riesgos laborales. También se dio respuestas a viejas aspiraciones sindicales en el contexto de los estados del bienestar que se construyeron en la época. Paralelamente la ciencia avanzó hacia un nuevo modelo de explicación multicausal de las enfermedades. Esta nueva situación propició que el marco legislativo tuviese que adaptarse y se desarrollaron nuevas listas que contemplaban no sólo cuál era el agente causante, sino también en qué actividades se podía producir la exposición al mismo. Así, las enfermedades pasaban a conformar grupos que se reconocían como enfermedad profesional en tanto que fuera posible demostrar el vínculo causa-efecto de la enfermedad. Pero esta vía abría la puerta a posibles interpretaciones subjetivas de lo que eran exposiciones a agentes causales y por tanto tenían el defecto de resolverse muchas veces por vía judicial. Ejemplos de estas listas (llamadas de cobertura total) son la que aprobó la OIT

en 1964 o la que estaba vigente hasta ahora en España, la recogida en el RD 1995/1978.

En una tercera fase, y en un momento en que el concepto de prevención tiende a reorientar las políticas sanitarias y la evidencia científica establece nuevas relaciones causa-efecto, éstas han sido utilizadas para dar una nueva dimensión a las listas, que buscan la notificación y registro de patologías hasta ahora infradeclaradas, así como la posibilidad de incorporación futura de nuevas enfermedades, para que con ello reviertan medidas preventivas de mayor eficacia. Éstas listas “abiertas” son las que ahora nos ocupan, como la lista de la OIT de 2002, o la transposición de la Recomendación 2003/670/CE, el RD 1299/2006, aprobado el pasado 10 de Noviembre por el Consejo de Ministros.

El sistema de lista de enfermedades profesionales se inicia en España en 1936, con un proyecto que no llegó a aprobarse. No fue hasta 1961 que entró en vigor la primera lista de enfermedades profesionales, que se derogó en 1978 por la lista vigente hasta hace unos meses, y que no se actualizó, con alguna excepción, hasta la aprobación de la nueva lista española (Tabla 1).

**Tabla 1.** Evolución de las listas de Enfermedades Profesionales en España.

1936	Proyecto aprobado, no llegó a ser vigente.
1961	Entra en vigor la primera lista.
1978	RD 1995/1978 lista de cobertura total, vigente hasta 2006.
1980	La lista española se adapta a la de la OIT
1993	Se incluye el Síndrome Ardystil
2006	Nueva lista, transposición de la lista europea y adaptación del TRLGSS 1/1994.

<sup>a</sup> Médico Residente de Medicina del Trabajo, Unidad Docente de Medicina del Trabajo “Mateu Orfila”, Barcelona.

<sup>b</sup> Unidad de Investigación en Salud Laboral Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

**Correspondencia:**

Consol Serra  
Unidad de Investigación en Salud Laboral  
Universidad Pompeu Fabra, Barcelona  
Edificio PRBB, despacho 171.01  
Dr. Aiguader, 88  
08003-Barcelona  
consol.serra@upf.edu

Al comparar la nueva lista con la lista española hasta ahora vigente, la europea y la de la OIT (Tablas 2 y 3), observamos que, en términos generales, la lista de la OIT supone un patrón de referencia internacional para la elaboración del resto de listas de los estados miembros, y por tanto se trata de un patrón de mínimos. Es una lista de enfermedades más orientada a la realidad de los países pobres, es muy sincrética, de manera que menciona sólo las sustancias con probada causalidad, aunque prevé nuevas incorporaciones de sustancias o elementos en un subapartado muy genérico. Por otro lado, no incluye ninguna lista de cánceres de posible etiología laboral, sólo las sustancias o elementos implicados. La lista europea puntualiza más que la lista de la OIT y supone una ampliación de esta. Indexa los grupos y los subclasifica por códigos numéricos, algunos de los cuales corresponden a agentes específicos. Además, incluye un anexo de posibles agentes etiológicos que podrían ser reconocidos en un futuro. La lista española de 1978, y vigente hasta fechas recientes, era poco específica para enfermedades por inhalación, contacto dérmico o por agentes biológicos, no incluía ejemplos significativos de los diferentes grupos de agentes, englobaba en un grupo aparte distintas enfermedades sistémicas donde se incluyen los cánceres, y no contemplaba enfermedades recientemente identificadas como de origen laboral, excepto el síndrome de Ardstyl.

La nueva lista española sigue la recomendación europea que subdivide en dos bloques o anexos las enfermedades profesionales según la evidencia científica disponible. El anexo I incluye la patología de probada causalidad laboral y el anexo II la patología susceptible de posible incorporación en un futuro. Cada anexo está estructurado en 6 grupos de enfermedades según la tipología de agente causal, pero además, y a diferencia de la recomendación europea, introduce un grupo específico para cánceres profesionales. Es una lista que difiere sustancialmente de la que disponíamos hasta ahora;

más extensa y mejor definida, incorpora productos químicos específicos como el acrilonitrilo o la nitroglicerina y nuevos grupos químicos como los álcalis o los epóxidos. En el apartado de agentes físicos incorpora nuevos mecanismos lesivos, y como agentes biológicos reconoce agentes recogidos en el RD 664/1997. También subdivide los agentes que producen enfermedad por inhalación o por contacto dérmico en agentes de alto y bajo peso molecular, por su acción sobre distintos órganos diana y sus diferentes mecanismos lesivos.

Es interesante también mencionar las disposiciones adicionales de desarrollo legislativo que prevé el cuerpo del texto como son: 1) la modificación del sistema de notificación y registro de enfermedades profesionales y los mecanismos de iniciación de los procesos por parte de las entidades gestoras o colaboradoras, con el propósito de simplificar los trámites administrativos o de aflorar las enfermedades profesionales ocultas; 2) la elaboración de una guía de síntomas y patología relacionada; y 3) la publicación de un nuevo modelo de parte de enfermedad profesional. Lo que se ha visto definido en la normativa posterior (BOE de 4 de enero de 2007).

La situación actual nos lleva a pensar que con esta nueva herramienta de la que disponemos ahora se pretende estimular y agilizar la notificación de enfermedades hasta ahora ocultas, aunque no por ello seguiremos encontrándonos con las mismas dificultades que hasta ahora para detectar dichas enfermedades, o sea, un tiempo de latencia a veces muy largo, un debut de la enfermedad después de la edad de la jubilación, una etiología multicausal con causas componentes extralaborales o un bajo interés por parte de algunos actores implicados en el proceso para notificarlas. Por tanto, si la ley no se acompaña de políticas activas para detectarlas es difícil poder hablar en un futuro de una mejora sustancial en su registro.

Aun así, es evidente que esta nueva normativa mejora claramente la anterior, pues además de ser más extensa tie-

**Tabla 2.** Características de las listas de enfermedades profesionales (EEPP) en función de su abordaje legal y tipológico.

	Lista EEPP, España 2006	Lista EEPP, España 1978	Lista EEPP, Europa 2003	Lista EEPP, OIT 2002
<b>Tipo de norma legal</b>	Real Decreto	Real Decreto	Recomendación	Recomendación
<b>Naturaleza jurídica</b>	Vinculante, en vigor desde 1 de Enero de 2007	Derogada desde 1 de Enero de 2007	No vinculante	No vinculante
<b>Organismo/ institución reguladora</b>	Grupo Técnico para la Actualización de las Enfermedades Profesionales	Ministerio del Trabajo	Comisión Europea	Conferencia General de la OIT
<b>Fuentes legislativas en las que se basan</b>	Recomendación 2003/670/CE TRLGSS 1/1994 (ART 115,128)	Decreto 791/1961 de 13 de Abril, TRLSS art 85.2	Recomendación 90/326/CEE Comunicación COM (86) 454 final	Convenios R121, R171 y R174
<b>Tipo de lista</b>	Mixta o abierta Disposición para la revisión periódica	De definición genérica/ cobertura total	Mixta o abierta Disposición para la revisión periódica	Mixta o abierta Disposición para la revisión periódica
<b>Objetivo</b>	Registro, notificación, prevención, indemnización	Pericial (indemnización)	Registro, notificación, prevención, indemnización	Registro, notificación, prevención, indemnización

**Tabla 3.** Características de las listas de enfermedades profesionales (EEPP) en función de su estructura.

	Lista EEPP, España 2006	Lista EEPP, España 1978	Listas EEPP, Europa 2003	Lista EEPP, OIT 2002
<b>Estructura general de la lista</b>	<p>2 listas (anexos) a partir del nivel de evidencia científica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Anexo I, grado de evidencia elevado:</b> 6 grupos de EEPP con mención a las principales actividades profesionales de riesgo.</li> <li>• <b>Anexo II, grado de evidencia moderado</b> y a considerar en el futuro: estructurada en base a los mismos 6 grupos anteriores (lista complementaria)</li> </ul>	6 grupos, relación exhaustiva de actividades profesionales que las producen.	<p>2 listas (anexos) a partir del nivel de evidencia científica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Anexo I, grado de evidencia elevado:</b> 5 grupos de EEPP con mención a las principales actividades profesionales de riesgo.</li> <li>• <b>Anexo II, grado de evidencia moderado</b> y a considerar en el futuro: estructurada en base a los mismos 5 grupos anteriores</li> </ul>	<p>Lista con 3 grupos, cada uno con posibilidad a incorporar otras enfermedades.</p> <p>Los grupos 1 y 2 están subdivididos en 3 subgrupos.</p>
<b>Estructura, grupos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agentes químicos</li> <li>2. Agentes físicos</li> <li>3. Agentes biológicos</li> <li>4. Enfermedades de la piel</li> <li>5. Enfermedades provocadas por inhalación</li> <li>6. Agentes carcinogénicos</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agentes químicos</li> <li>2. Enfermedades de la piel</li> <li>3. Enfermedades provocadas por inhalación</li> <li>4. Agentes infecciosos y parasitarios</li> <li>5. Agentes físicos</li> <li>6. Enfermedades sistémicas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agentes químicos</li> <li>2. Agentes físicos</li> <li>3. Agentes infecciosos y parasitarios</li> <li>4. Enfermedades de la piel</li> <li>5. Enfermedades provocadas por inhalación</li> </ol> <p>El anexo 2 substituye el apartado de agentes físicos por "arrancamiento por sobreesfuerzo de las apófisis espinosas"</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agentes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 químicos</li> <li>1.2 físicos</li> <li>1.3 biológicos</li> </ol> </li> <li>2. Enfermedades por sistema afectado: <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 respiratorio</li> <li>2.2 piel</li> <li>2.3 osteomuscular</li> </ol> </li> <li>3. Cáncer</li> </ol>

ne una estructura que se adecua mucho mejor a los niveles de conocimientos actuales sobre agentes lesivos laborales, y especifica algunos agentes de forma más concreta que hasta ahora.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Internacional del Trabajo. OIT. C18 Convención 18 sobre la lista de enfermedades profesionales, 1925. [citado 15 feb 2007]. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/index>.
2. Benavides FG, Ruiz Frutos C, García AM. Trabajo y Salud. En Benavides FG, Ruiz Frutos C, García AM. Salud Laboral. Barcelona: Masson; 2000.
3. Lezaun. M. Legislación sobre enfermedades profesionales respiratorias. Anales Sistema Sanitario de Navarra v.28 supl.1 Pamplona. 2005. [citado 15 feb 2007] Disponible en: [www.cfnavarra.es/salud/orales/textos/vol/sup1](http://www.cfnavarra.es/salud/orales/textos/vol/sup1)
4. Organización Internacional del Trabajo. OIT. R194 Recomendación sobre la lista de enfermedades profesionales, 2002. [citado 15 feb 2007] Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/index>
5. 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. (BOE núm. 302 de 19 de Diciembre de 2006).
6. Comisión Europea. CE. Recomendación 2003/670/CE de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales. [citado 15 feb 2007] Disponible en: [www.eu-lex.europa.eu/](http://www.eu-lex.europa.eu/)
7. Ley de 13 de Julio de 1936, de Enfermedades Profesionales. Gaceta de 15 de julio de 1936.
8. Decreto 792/1961 de 13 de abril, por el que se organiza el aseguramiento de las enfermedades profesionales y la obra de Grandes Inválidos y Huérfanos de fallecidos por accidentes de trabajo o enfermedad profesional.
9. García-Gómez M. ¿Y para cuándo las enfermedades profesionales? Arch Prev Riesgos Labor. 1999; 2:1-3.
10. García AM, Gadea R. Enfermedades laborales en España. Arch Prev Riesgos Labor. 2004;7:3-8.