

CLAVES PRÁCTICAS

FRANCIS LEFEBVRE

**Accidente de trabajo y
enfermedades coronarias:
jurisprudencia y prevención**

Actualizado a 1 de julio de 2014

Esta monografía de la Colección
CLAVES PRÁCTICAS
es una obra editada por iniciativa y bajo
la coordinación de
Ediciones Francis Lefebvre

MARIANO GALLO FERNÁNDEZ

Inspector Médico y Doctor en Derecho Sanitario. Especialista en Medicina del Trabajo

© EDICIONES FRANCIS LEFEBVRE, S. A.
Monasterios de Suso y Yuso, 34. 28049 Madrid. Teléfono: 91 210 80 00.
Fax: 91 210 80 01
www.efl.es
Precio: 26,00 € (IVA incluido)
ISBN: 978-84-15911-76-0
Depósito legal: M-19902-2014
Impreso en España por Printing'94
Puerto Rico, 3. 28016 Madrid

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Plan general

	<u>Nº marginal</u>
Capítulo 1. Introducción	10
A. Cardiopatías isquémicas y su calificación como contingencias comunes o profesionales	15
B. Contingencias comunes	40
1. Enfermedad común	40
2. Accidente no laboral	45
C. Contingencias profesionales	70
1. Accidente de trabajo	70
2. Enfermedad profesional	80
D. Resumen de claves	105
Capítulo 2. Cardiopatía isquémica. Conceptos generales	200
A. Concepto de cardiopatía isquémica. El importante papel de la arteriosclerosis	205
B. Epidemiología y factores de riesgo de la cardiopatía isquémica	225
1. Epidemiología general	225
2. Principales factores de riesgo cardiovascular	240
3. Riesgo isquémico cardiaco y relación con el trabajo	270
C. Tipos de cardiopatía isquémica	300
D. Resumen de claves	330
Capítulo 3. Jurisprudencia: las coronariopatías como accidentes de trabajo	400
A. Concepción general del accidente de trabajo y casuística acompañante	405
1. Conceptos preliminares	410
2. Definición inicial: Lesión corporal sufrida por el trabajador con ocasión o por consecuencia del trabajo	418
3. Resumen de claves	440
B. Peculiaridades de accidentes de trabajo difíciles de incardinar con las enfermedades coronarias	455
1. La difícil inclusión de los sucesos isquémicos del corazón dentro de los accidentes in itinere	460
2. Coronariopatías manifestadas durante el desempeño de cargos electivos sindicales y traslados por dicho motivo	500
3. Eventos isquémicos por la realización de tareas distintas a las propias o habituales	505
4. Episodios de cardiopatía isquémica acaecidos en actos de salvamento o análogos	515
5. Resumen de claves	520
C. Enfermedades cardiacas con consideración de accidente de trabajo	550
1. Enfermedades laborales que no son «enfermedades profesionales»	550
2. Las denominadas enfermedades del trabajo, que incluyen coronariopatías	560
3. Las enfermedades isquémicas del corazón agravadas por el trabajo	575
4. Cardiopatías isquémicas intercurrentes	590
5. Resumen de claves	600
D. Importancia del acaecimiento de la crisis cardiaca en tiempo y lugar de trabajo	615
1. La presunción de laboralidad, muy presente en infartos de miocardio y otros procesos agudos	615
a. Concepción general de la presunción de laboralidad	615
b. La prueba en contrario (¿prueba diabólica en casos de infarto?)	630
c. La compleja precisión del lugar de trabajo	655
d. La controvertida delimitación del tiempo de trabajo	665

	Nº marginal
e. Sucesos isquémicos ocurridos en los vestuarios.....	675
2. Peculiaridades del accidente de trabajo en misión en relación con las coronariopatías	700
3. Resumen de claves	730
E. Precisiones a la consideración de accidente de trabajo, de escasa aplicación práctica con las cardiopatías isquémicas	760
1. Situaciones de no consideración como accidente de trabajo.....	760
2. Situaciones que no impiden la calificación como accidente de trabajo.....	770
3. Resumen de claves	774
Capítulo 4. Prevención integral de la cardiopatía isquémica	795
A. Prevención preisquémica de las coronariopatías.....	800
B. Prevención postisquémica tras infartos y otros sucesos cardiacos	810
C. Niveles de actuaciones preventivas generales sobre las enfermedades coronarias. .	825
D. Actuaciones preventivas en la empresa en relación con la patología isquémica del corazón	900
1. Complementariedad en el trabajo. Control del riesgo cardiovascular.....	900
2. Urgencias cardiacas en el trabajo y preparación del reingreso laboral	925
3. Trabajadores enfermos que retoman al trabajo o de nueva adscripción.....	945
E. Resumen de claves	980
Anexos	1500
A. Bibliografía.....	1505
B. Principal normativa de aplicación	1510
C. Tramitación de solicitudes en materia de Seguridad Social	1570
D. Quince sentencias ilustrativas.....	1605

Abreviaturas

AT:	Accidente de trabajo
EDJ:	El Derecho Jurisprudencia
EP:	Enfermedad profesional
ET:	Estatuto de los Trabajadores (RDLeg 1/1995)
IP:	Incapacidad permanente
IT:	Incapacidad temporal
ITSS:	Inspección de Trabajo y Seguridad Social
INSS:	Instituto Nacional de la Seguridad Social
LGSS:	Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (RDLeg 1/1994)
LPRL:	Ley de Prevención de Riesgos Laborales (L 31/1995)
MATEPSS:	Mutua de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social
Rec:	Recurso
RETA:	Régimen Especial de Trabajadores Autónomos
RGSS:	Régimen General de la Seguridad Social
Sent:	Sentencia
TGSS:	Tesorería General de la Seguridad Social
TRADE:	Trabajadores Autónomos Económicamente Independiente
TS:	Tribunal Supremo
TSJ:	Tribunal Superior de Justicia

Introducción

En el ámbito de la Seguridad Social, los infartos de miocardio y otras cardiopatías isquémicas sufridas por los trabajadores pueden considerarse:

- **Contingencias comunes:** como enfermedad común o accidente no laboral o;
- **Contingencias profesionales:** como accidente de trabajo o enfermedad profesional. Dicha diferenciación resulta más bien artificiosa, pues en general pesan más las concepciones legales y jurídicas que los criterios técnicos y sanitarios.

Lo que sí es indiscutible es que la calificación como **contingencia profesional** supone **importantes ventajas** para los derechos del trabajador afectado o sus beneficiarios. Esto también afecta a otros aspectos no estrictamente prestacionales (régimen financiero, cotización empresarial, responsabilidades, participación de entidades colaboradoras, etc.), pues la intensidad de la **acción protectora** es en conjunto mayor que en los procesos de tipo común, lo que explica la intensa y extensa litigiosidad sobre calificación de contingencias ante eventos susceptibles de tener alguna relación laboral.

Las entidades colaboradoras y gestoras no suelen ser muy proclives a considerar como contingencia profesional los sucesos de cardiopatía isquémica que afectan a los trabajadores. Por esa razón, se produce un **gran número de reclamaciones** que acaban resolviéndose en la vía administrativa (a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social y sus Equipos de Valoración de Incapacidades) y finalmente en la jurisdiccional (social generalmente, salvo algunos funcionarios y empleados bajo cobertura de otros sistemas de protección social donde intervendrá la contencioso administrativa), dando lugar a que en la actualidad se cuente con un abundante bagaje jurisprudencial, bien es verdad que no exento de confusión.

También debe tenerse en cuenta que las solicitudes de determinación de contingencia, además de por el propio trabajador o sus beneficiarios, pueden plantearse desde la **Inspección Médica del Servicio Público de Salud** y desde las **entidades gestoras y colaboradoras** de la Seguridad Social, pudiendo darse, según la resolución que resulte, el reconocimiento de nuevos derechos o el reintegro de prestaciones indebidas.

Sin ánimo de exhaustividad, se puede señalar que cuando la contingencia es profesional el trabajador obtendrá las siguientes ventajas en relación con estas prestaciones:

1. Prestaciones de **asistencia sanitaria**.

a) Asistencia médica y farmacéutica, con un alcance mayor que en las contingencias comunes, al no estar limitada por el catálogo de prestaciones sanitarias. Así contempla el tratamiento médico y quirúrgico (incluyendo en su caso el odontológico, el plástico-reparador o de otro tipo) conducentes a conservar o restablecer la salud de los trabajadores, así como su aptitud al trabajo.

b) Prestaciones farmacéuticas. Están exentos de pagar aportación económica sobre los medicamentos prescritos para el completo tratamiento de sus lesiones. Se abre la puerta a financiar otros productos, efectos y accesorios que se consideren adecuados para su proceso.

c) Suministro y renovación de la prestación ortoprotésica (incluidos vehículos para inválidos), sin sufrir los límites existentes para contingencias comunes en cuanto a elementos catalogados, financiación máxima, aportación del interesado o plazos de renovación.

d) Rehabilitación (alcance máximo) y readaptación profesional.

2. **Prestaciones económicas.** En todas ellas existen ventajas a la hora de calcular la base reguladora de cada prestación y la exención de periodos de carencia para acceder a ese derecho.

a) **Incapacidad temporal.** El porcentaje del subsidio es mayor que para las de tipo común y no se exige carencia. Además es muy frecuente que los convenios colectivos o acuerdos de empresa complementen el pago hasta alcanzar o aproximarse al salario total.

b) **Incapacidad permanente.** Son los mismos grados que para las contingencias comunes, pero con grandes ventajas en el cálculo de sus bases reguladoras y sin la cortapisa del periodo de carencia.

c) **Lesiones permanentes no invalidantes.** Prestaciones a tanto alzado (según baremos) no previstas para las contingencias de tipo común (posibilidad casi inexistente con enfermedades coronarias).

d) **Prestaciones por muerte y supervivencia.** Se incluyen las mismas que para las contingencias comunes, pero con la mejora en el cálculo de las bases y otros aspectos. Además en caso de fallecimiento se cuenta con indemnizaciones a tanto alzado a favor de familiares, no previstas para los otros casos.

3. **Prestaciones recuperadoras** y de otro tipo; etc.

Por otra parte, además de los aspectos no prestacionales citados con anterioridad, cabe la posibilidad de que se establezcan **recargos de las prestaciones** económicas si se han dado infracciones por parte del empresario en materia de seguridad y salud en el trabajo, si guardan relación con el siniestro sufrido. Debe quedar claro que para que existan dichos recargos se exige la presencia de una falta o deficiencia de medidas de seguridad y la existencia de relación de causalidad entre la infracción de las normas de seguridad y el daño ocasionado al trabajador en el accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Por otro lado, al igual que con sucesos de otro tipo, también queda abierta la vía para la exigencia de **responsabilidades civiles** y, en su caso, **patrimoniales**.

Tampoco se debe olvidar que la calificación de los sucesos isquémicos del corazón como daño laboral abre también la vía a las múltiples actuaciones previstas en la normativa de prevención de riesgos laborales. Bien es verdad que la mayoría de procesos relativos a este auténtico problema de salud pública tienen etiología común; pero esto no obsta para que, además de las actuaciones sanitarias generales, exista un complemento en las empresas adoptando las correspondientes **medidas preventivas**, algunas específicas, pues la mayoría de los ciudadanos pasan alrededor de un tercio de su vida activa en los lugares de trabajo.

Capítulo 1. Introducción

A. Cardiopatías isquémicas y su calificación como contingencias comunes o profesionales	15
B. Contingencias comunes	40
1. Enfermedad común	40
2. Accidente no laboral	45
C. Contingencias profesionales	70
1. Accidente de trabajo	70
2. Enfermedad profesional	80
D. Resumen de claves	105

10

A. Cardiopatías isquémicas y su calificación como contingencias comunes o profesionales

En el ámbito de la Seguridad Social, los infartos de miocardio y otras cardiopatías isquémicas sufridas por los trabajadores pueden enmarcarse en alguna de las siguientes contingencias:

15

1) Contingencias comunes:

- a) Enfermedad común.
- b) Accidente no laboral.

2) Contingencias profesionales:

- a) Accidente de trabajo.
- b) Enfermedad profesional.

Dicha diferenciación resulta más bien artificiosa, pues en general pesan más las concepciones legales y jurídicas que los criterios técnicos y sanitarios.

El que un suceso sea calificado como **contingencia profesional** supone una serie de ventajas en las distintas prestaciones a que puedan tener derecho el trabajador o sus beneficiarios, pues nunca se darán peores condiciones que con las contingencias comunes, aplicándose generalmente características más beneficiosas (*Rodrigo 1997*). Esto también afecta a **otros aspectos** no estrictamente prestacionales (régimen financiero, cotización empresarial, responsabilidades, participación de entidades colaboradoras, etc.), pues la intensidad de la acción protectora es en conjunto mayor que en los procesos de tipo común, lo que explica la intensa y extensa litigiosidad sobre calificación de contingencias ante eventos susceptibles de tener alguna relación laboral (*Monereo y Fernández 2008*). Sin ánimo de exhaustividad, se pueden citar las siguientes prestaciones:

Prestaciones de asistencia sanitaria 1) Asistencia médica y farmacéutica

20

con un alcance mayor que en las contingencias comunes, al no estar limitada por el catálogo de prestaciones sanitarias. Así contempla el tratamiento médico y quirúrgico (incluyendo en su caso el odontológico, el plástico-reparador o de otro tipo) conducentes a conservar o restablecer la salud de los trabajadores, así como su aptitud al trabajo.

2) **Prestaciones farmacéuticas.** Están exentos de pagar aportación económica sobre los medicamentos prescritos para el completo tratamiento de sus lesiones. Se abre la puerta a financiar otros productos, efectos y accesorios que se consideren adecuados para su proceso.

3) Suministro y renovación de la **prestación ortoprotésica** (incluidos vehículos para inválidos), sin sufrir los límites existentes para contingencias comunes en cuanto a elementos catalogados, financiación máxima, aportación del interesado o plazos de renovación.

4) **Rehabilitación** (alcance máximo) y readaptación profesional.

- 25 Prestaciones económicas** En todas ellas existen ventajas a la hora de calcular la base reguladora de cada prestación y la exención de periodos de carencia para acceder a ese derecho.
- 1) Incapacidad temporal.** El porcentaje del subsidio es mayor que para las de tipo común y no se exige carencia. Además es muy frecuente que los convenios colectivos o acuerdos de empresa complementen el pago hasta alcanzar o aproximarse al salario total.
 - 2) Incapacidad permanente.** Son los mismos grados que para las contingencias comunes, pero con grandes ventajas en el cálculo de sus bases reguladoras y sin la cortapisa del periodo de carencia. Se constata una mayor frecuencia de declaraciones de incapacidad permanente parcial, casi inexistentes en contingencias comunes.
 - 3) Lesiones permanentes no invalidantes.** Prestaciones a tanto alzado (según baremos) no previstas para las de tipo común. Es una posibilidad casi irreal respecto a las enfermedades isquémicas del corazón, salvo alguna hipotética cicatriz derivada de una intervención quirúrgica (baremo I 10).
 - 4) Prestaciones por muerte y supervivencia.** Se incluyen las mismas que para las contingencias comunes, pero con la mejora en el cálculo de las bases y otros aspectos. Además en caso de fallecimiento se cuenta con indemnizaciones a tanto alzado a favor de familiares, no previstas para los otros casos.
 - 5) Prestaciones recuperadoras** y de otro tipo; etc.
- 30 Recargo de las prestaciones** (LGSS art.123) Por otra parte, cabe la posibilidad de que se establezcan recargos de las prestaciones económicas si se han dado infracciones por parte del empresario en materia de **seguridad y salud en el trabajo**, si guardan relación con el siniestro sufrido; no obstante, para que haya lugar a dicho recargo se exige la presencia de una falta o deficiencia de medidas de seguridad y la existencia de relación de causalidad entra la infracción de las normas de seguridad y el daño ocasionado al trabajador en el accidente de trabajo o enfermedad profesional (TSJ Cataluña 10-3-10, EDJ 140376; Sevilla 6-2-14, EDJ 511159). La LGSS prevé que las **prestaciones económicas** derivadas de dichas contingencias profesionales se pueden aumentar, del 30 al 50 por 100, si la afección resulta de la carencia, inutilización o mal estado de los mecanismos y medidas de seguridad e higiene en el trabajo o incluso de la falta de adecuación de la persona al trabajo concreto; la responsabilidad del pago recae en el empresario, no en la Mutua, no puede cubrirse con un seguro y es independiente y compatible con otros tipos de responsabilidades.
- 35 Reclamaciones** Todo esto viene acompañado por la circunstancia de que las entidades colaboradoras y gestoras no suelen ser muy proclives a considerar como contingencia profesional los sucesos de cardiopatía isquémica que afectan a los trabajadores. Por esa razón, se produce un gran número de reclamaciones que acaban resolviéndose en la **vía administrativa** (a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social y sus Equipos de Valoración de Incapacidades) y en la **jurisdiccional** (social generalmente, salvo algunos funcionarios y empleados bajo cobertura de otros sistemas de protección social donde intervendrá la contencioso administrativa), dando lugar a que en la actualidad se cuente con un abundante bagaje jurisprudencial, bien es verdad que no exento de confusión. No obstante, las solicitudes de determinación de contingencia, además de por el propio **trabajador** o sus beneficiarios, pueden plantearse desde la **Inspección Médica** del Servicio Público de Salud y desde las **entidades gestoras** y colaboradoras de la Seguridad Social, pudiendo darse, según la resolución que resulte, el reconocimiento de nuevos derechos o el reintegro de prestaciones indebidas (TS 14-12-12, EDJ 316645). Por otra parte, al igual que con sucesos de otro tipo, también queda abierta la vía para la exigencia de **responsabilidades civiles y**, en su caso, **patrimoniales** (TS cont-adm 22-3-11, EDJ 19796). Tampoco se debe olvidar que la calificación de los sucesos isquémicos del corazón como daño laboral abre también la vía a las múltiples actuaciones previstas en la normativa de prevención de riesgos laborales. Bien es verdad que la mayoría de procesos relativos a este auténtico problema de salud pública tienen etiología común; pero esto no obsta para que, además de las actuaciones sanitarias generales, exista un complemento en las empresas

adoptando las correspondientes **medidas preventivas**, algunas específicas, pues la mayoría de los ciudadanos pasan alrededor de un tercio de su vida activa en los lugares de trabajo.

B. Contingencias comunes

1. Enfermedad común

(LGSS art.117.2)

La gran mayoría de procesos de cardiopatía isquémica se engloban en este epígrafe de enfermedad común, pues casi todos suelen ocurrir **fuera del lugar y tiempo de trabajo**. **40**

En el ámbito de cobertura de la Seguridad Social, que protege a la gran mayoría de la población trabajadora en España, y en concreto según la LGSS, se hace una **definición** de la enfermedad común por exclusión de otras contingencias, englobando las que no sean consideradas enfermedad profesional (LGSS art.116) ni accidente de trabajo (LGSS art.115.2 e, f y g).

2. Accidente no laboral

(LGSS art.117.1)

Su consideración como accidente no laboral es una **posibilidad teórica**, aunque prácticamente inexistente. No obstante, se cuenta con algunas sentencias en vía civil y social que recogen que el infarto puede ser considerado accidente. **45**

A efectos de contrato de seguro El Tribunal Supremo ha valorado un infarto como accidente al suponer la relación directa de dicho evento con la situación de tensión provocada durante una pelea familiar, considerada como el elemento determinante para causar dicho ataque cardíaco, pese a que no se apreciase imputación penal (TS civil 7-6-11, EDJ 143495). Estas interpretaciones excepcionales en la jurisdicción civil se suelen basar en que: se trate de una lesión corporal y que su **causa** sea **súbita**, esto es, con una afectación inmediata; sea **violenta** o proveniente del mundo exterior materialmente perceptible; y concurra una causa **externa**, ajena a la intencionalidad del asegurado, considerando también de ese tipo las asociadas a la presión o el estrés. En similar sentido se ha expresado dicho tribunal ante infartos ocurridos mientras se practicaba un **deporte de forma no profesional** (TS civil 23-10-97, EDJ 7840); sin embargo, también se encuentran pronunciamientos en sentido contrario en otras salas, como la social (TS 30-4-01, EDJ 16066). Por otra parte, se ha señalado que no impide el cobro del seguro el que el asegurado no hubiese declarado la existencia de antecedentes, si la entidad aseguradora no le presentó el oportuno cuestionario (TS civil 24-3-06, EDJ 31739). **50**

Cardiopatías isquémicas aparecidas en el trabajo Son más frecuentes, aunque sólo en algunos casos, las sentencias en dicha jurisdicción respecto a dar **efectos civiles como accidente**, para el cobro de seguros privados complementarios, a cardiopatías que habían sido calificadas como accidente de trabajo (TS civil 27-11-03, EDJ 158311, entre otras). No obstante, a efectos de seguros (TS civil 7-6-06, EDJ 89274), la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo ha sentado una doctrina jurisprudencial diversa respecto a las cardiopatías isquémicas aparecidas en el trabajo (salvo que se encuentren expresamente incluidas en la póliza, donde no hay controversia), en la que: **55**

1) Un grupo de sentencias, por un lado, considera irrelevante que el infarto de miocardio haya sido calificado como accidente laboral por la jurisdicción del orden social y, por otro, ha admitido que puede considerarse como accidente, con **criterio restrictivo**, cuando en el evento causante de la cardiopatía han sido determinadas causas externas e inmedia-

tas (estrés, presión laboral, tensiones en el trabajo, esfuerzo o ejercicios excesivos, etc.), por lo que lo determinante será que tenga su génesis en una causa externa.

2) Otro conjunto de sentencias **niegan** que el infarto pueda ser incluido entre los accidentes a que se refiere la Ley de Contrato de Seguro (LCS), pues no se puede demostrar una causa extrema o una dinámica externa y violenta (TS civil 27-3-89 EDJ 3326; TS civil 20-6-00, EDJ 13145).

- 60** No faltan las críticas sobre la presunción de que la cardiopatía isquémica aguda ocurrida en tiempo y lugar de trabajo frecuentemente sea reconocida como accidente laboral; paradójicamente la misma jurisprudencia que le otorga la naturaleza de accidente de trabajo en dichas circunstancias la califica generalmente de enfermedad común, no de accidente no laboral, cuando la oclusión coronaria ocurre fuera de la actividad laboral. Así pues, se asiste con sorpresa a la **divergente y variable jurisprudencia** de las Salas Primera y Cuarta del Tribunal Supremo sobre la no siempre similar naturaleza del **infarto de miocardio** según la LGSS art.115 (con su amplia y variada casuística, en especial la presunción de laboralidad contenida en su apartado tercero) o, en materia de contrato de seguro, la LCS art.100 (*Fernández, 2001*). Este último artículo delimita como accidente la lesión corporal que produce incapacidad, incluso temporal, o muerte y que deriva de una causa súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.
- 65 Diferencia entre enfermedad y accidente** Es reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo en este punto. La **enfermedad** suele presuponer un deterioro lento y progresivo de la persona afectada, aunque se deba a causas externas, mientras que el **accidente**, no sólo el de trabajo, implica lesión corporal que, en su acepción más estricta, es un daño sufrido por el cuerpo del accidentado por la acción o irrupción súbita y violenta de un agente exterior, aunque esto se fue matizando y ya no resulta imprescindible que un agente extraño cause directa y de modo adecuado la lesión corporal, bastando que la situación asumida sea elemento necesario para el daño (TS 27-5-98, EDJ 7851). Aunque la casuística es extremadamente escasa, también se cuenta con alguna excepcional sentencia en la vía social que considera que un infarto de miocardio sufrido por un **trabajador autónomo sin cobertura de contingencias profesionales**, ocurrido mientras desarrollaba su actividad laboral, puede generar derecho a prestaciones de accidente no laboral (TS 25-3-99, EDJ 6093). La definición del accidente no laboral en el ámbito de la Seguridad Social también se realiza por exclusión de otras contingencias, incluyendo los accidentes que no se consideren de trabajo, según lo previsto en el apartado siguiente.

C. Contingencias profesionales

I. Accidente de trabajo

(LGSS art.115)

- 70** El accidente laboral incorpora a prácticamente todos los eventos de coronariopatías considerados como contingencia profesional. El concepto de accidente de trabajo contempla una **amplia casuística** que se cita a continuación y que, incluso, se ha ido aumentando con las interpretaciones jurisprudenciales. La **definición general** que da la LGSS entiende como accidente laboral toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo. Sin embargo, en los apartados posteriores amplía y matiza el concepto trascendiendo ampliamente la noción inicial pasando a introducir **diversos aspectos**: accidente in itinere; siniestros ocurridos a representantes sindicales; sucesos ocurridos en tareas atípicas o en actos de salvamento; enfermedades del trabajo; enfermedades agravadas por la actividad laboral; enfermedades intercurrentes, la presunción de laboralidad de lo acaecido en tiempo y lugar de trabajo; etc. En los últimos apartados trata unas situaciones que no tienen consideración de accidente de trabajo, así como determinadas circunstancias que no impiden su

calificación como tal. Como ya se ha comentado, con los sucesos cardiacos isquémicos y otras enfermedades se suelen encontrar más problemas en su declaración y tramitación como accidente de trabajo en comparación con lo entendido como siniestro laboral en sentido clásico y más habitual, es decir el de tipo traumático. La vía normal sería que la empresa lo notificase y la Mutua lo validase mediante el sistema de Declaración Electrónica de Trabajadores Accidentados (**Delt@**) y que el facultativo de la entidad o empresa colaboradora emitiese el correspondiente parte de baja por dicha contingencia; sin embargo, al no darse en muchos casos una relación absolutamente evidente entre lesión y actividad laboral, no son infrecuentes los rechazos a su calificación como contingencia profesional y el consiguiente peregrinaje de reclamaciones por parte del trabajador o sus familiares. No obstante, debe tenerse en cuenta que el citado modelo de declaración (OM TAS/2926/2002) ya contempla este tipo de afecciones y las tiene codificadas; así en el Anexo 3 se citan en las Tablas 5 (Forma de contacto – 90 Infartos, derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas) y 7 (Descripción de la lesión – 130 Infartos, derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas).

Si la Mutua o empresa colaboradora extiende un **alta médica** ante un proceso de incapacidad temporal por contingencias profesionales (antes de los doce meses), el trabajador dispone de cuatro días naturales siguientes a su notificación para solicitar ante el INSS la revisión de dicha alta (RD 1430/2009 art.4). Sin embargo, si se han superado los doce meses en situación de incapacidad temporal por cualquier contingencia (LGSS art.128), el único organismo competente para extender un alta es el INSS; el asegurado dispone también de cuatro días naturales siguientes a su notificación para presentar su disconformidad ante dicha entidad gestora (RD 1430/2009 art.3).

Lo relativo a los accidentes de trabajo se tratará con más detalle más adelante, aunque la casuística relacionada con los **infartos de miocardio y otras cardiopatías isquémicas** se centrará abrumadoramente en un limitado número de dichos apartados (las referencias jurisprudenciales generalmente realizadas en este documento son a la vía social, salvo indicación expresa en contrario). Por otra parte, las referencias se harán fundamentalmente al ámbito de la Seguridad Social; no obstante, el Tribunal Constitucional ha señalado que la existencia de otras previsiones y de distintos regímenes específicos de prestaciones para otros sistemas de protección social no vulnera el principio de igualdad, que no es un derecho de alcance absoluto del que necesariamente derive una regla de uniformidad para situaciones formalmente similares, pero materialmente diferentes, si concurre una causa que justifique dicha desigualdad de trato y la lógica proporcionalidad de medios empleados y fines perseguidos (TCO auto 552/1985).

75

2. Enfermedad profesional

(LGSS art.116)

Es una posibilidad más teórica que real, pues solo tendría cabida algún caso anecdótico de cardiopatía isquémica que pudiera ocurrir con un reducido número de productos químicos. Esta **limitación** viene dada por la propia definición de enfermedad profesional, que entiende como tal la contraída a consecuencia del trabajo, pero lleva obligatoriamente a una lista de afecciones, agentes y actividades contempladas en un cuadro oficial. Además de trabajadores por cuenta ajena, también se abrió esta posibilidad, con ciertas condiciones, para trabajadores por cuenta propia, como es el caso de los autónomos (RD 1273/2003 art.3.5).

La notificación de las hipotéticas enfermedades profesionales de este tipo debe realizarse, según el caso, por las entidades gestoras o colaboradoras que asuman la protección de las contingencias profesionales mediante la comunicación electrónica de la aplicación **CEPROSS** (OM TAS/1/2007).

80

Factores químicos (RD 1299/2006) El vigente cuadro de enfermedades profesionales no cita expresamente las cardiopatías isquémicas en ninguno de los seis grupos contemplados, por lo que apenas cabe pensar en una inusual y casi testimonial presencia dentro del Grupo I (Agentes químicos), que se limita a señalar las posibles patologías, sin concretar-

85

las, que puedan producir cada uno de los productos listados. No obstante, conviene matizar que el discutido papel de los factores químicos en las enfermedades cardiovasculares parece ser de escasa importancia, al menos en términos numéricos absolutos. Precisamente, se mencionan ciertos **ejemplos** de relación de infartos y otras enfermedades coronarias isquémicas, aterógenas o no, con algunos productos químicos (Flores y Flores, 1991):

- 1) **Sulfuro de carbono** (códigos IU0101 a IU0111) (PRICE, 2004);
- 2) **Monóxido de carbono** (códigos IT0101 a IT0114) y **cloruro de metileno** (códigos IK0501 a IK0506) (PRICE, 2004), con los que parece concluirse que la exposición prolongada puede ser responsable de la agravación de una cardiopatía isquémica preexistente (CONSO y otros, 1999), aunque esto quizás tuviera más cabida como accidente de trabajo por agravamiento de enfermedades preexistentes;
- 3) **Nitroderivados** (códigos IR0101 a IR0202), entre ellos la nitroglicerina y otros productos utilizados en distintas industrias como las de explosivos, habiéndose mencionado en trabajadores expuestos durante períodos prolongados un denominado síndrome de abstinencia tras treinta y seis o setenta y dos horas desde la interrupción de la exposición, pudiendo sufrir episodios de angina de pecho, infarto de miocardio o muerte súbita (fue denominada la angina de la mañana del lunes (Price 2004), sospechándose un vasoespasmo de rebote, aunque diversos estudios consideran incierta la asociación entre la duración e intensidad de la exposición a los nitratos orgánicos y la cardiopatía isquémica, (Tittelbach y Schneider, 1998); etc.

- 90** Con las limitaciones cuantitativas ya citadas, la literatura científica suele proporcionar información sobre la **cardiotoxicidad** (no solo la de tipo isquémico) de agentes químicos y físicos en los lugares de trabajo; sin embargo, una gran cantidad de datos se refiere a exposiciones a dosis altas que hoy en día son raras de encontrar en dichos centros. En los lugares de trabajo pueden darse múltiples exposiciones a diferentes riesgos cardiovasculares, profesionales y no profesionales, que a menudo están presentes simultáneamente; no obstante, las enfermedades cardiovasculares no han sido estudiadas adecuadamente en comparación con otras enfermedades ocupacionales y, por otra parte, tampoco se están investigando debidamente las posibles interferencias entre cardiotóxicos laborales y terapias cardiológicas (no solo medicamentosas), aunque tales situaciones ocurren con frecuencia (Crippa y Balbiani, 2004).

En todo caso, debe tenerse en cuenta que las cardiopatías surgen sin que sean precisas exposiciones a tóxicos; si se manifiestan esas patologías no hay porqué encontrar niveles elevados del producto o de sus metabolitos; los **signos y síntomas** no suelen ser distintos a los que se presentan en los casos habituales; y lo más probable, en la mayoría de ocasiones con alguna posible influencia de dichos productos, será que la afección aparecerá no solamente por la acción del tóxico, sino fundamentalmente por la interacción con otros factores de riesgo (De la Gala y otros, 2005).

- 95 Coexistencia con otras enfermedades profesionales** Por otra parte, existen previsiones normativas que consideran la coexistencia de cardiopatías (isquémicas o de otro tipo) junto a enfermedades profesionales declaradas, como **factor agravante** de su posible grado de invalidez (TS 20-7-06, EDJ 257086). En dicho sentido, se establece que el primer grado de **silicosis** comprenderá los casos de dicha enfermedad, definida y típica, que no originen, por sí misma, disminución alguna en la capacidad para el trabajo, y no tendrá la consideración de situación constitutiva de invalidez (OM 15-4-1969 art.45). No obstante, dicho grado se equiparará al segundo grado de silicosis (considerado de incapacidad total para la profesión habitual), mientras aquella coexista, entre otras enfermedades, con cardiopatía orgánica, aunque esté perfectamente compensada (TS 21-7-87, EDJ 6019).

- 100 Enfermedad vs accidente** No faltan críticas al hecho de que nuestro sistema legal haya ido ampliando el concepto de accidente de trabajo por razones de tipo endógeno, con efectos meramente declarativos incorporando situaciones determinadas incardinables en su idea inicial y principal, y en otros casos de carácter exógeno, como la incorporación de tres subapartados con manifestaciones clínicas características de enfermedad y no de accidente (LGSS art.115.2. e, f y g). Esto ha llevado a establecer el **accidente laboral**

como un concepto compuesto, muy amplio y con grandes dosis de subsidiaridad. Sin embargo, esa realidad se debe en gran parte a la insuficiencia del complemento natural, la **enfermedad profesional**, figura de incorporación tardía y posterior regulación más bien restrictiva, casi de lista cerrada (pero no estricta), aunque el RD 1299/2006 aparentemente haya podido dejar entreabierta una pequeña puerta a una lista más flexible, pero como mucho de tipo mixto o impreciso en parte, nunca abierta del todo (De Soto, 2011).

Con una intención sintetizadora, la doctrina científica ha señalado la existencia de dos posibilidades de abordar las enfermedades laborales, adoptándose en España de manera sincrética **dos técnicas** (Monereo y Fernández, 2008):

1) **Definición**. En nuestro país se agrupan en algunos supuestos de **accidentes** de trabajo con una definición:

– **abierta** para determinados casos, como las denominadas enfermedades del trabajo, además de las agravadas por él y de las intercurrentes (LGSS art. I 15.2.e, f y g);
– o **semiautomática** en circunstancias de ocurrencia en lugar y tiempo de trabajo, con la llamada presunción de laboralidad (LGSS art. I 15.3).

2) **Enumeración**. Es la opción de las **enfermedades** profesionales (LGSS art. I 16) y su sistema de lista en un cuadro oficial (RD 1299/2006), con las ventajas de cierta automaticidad en su calificación y la simplificación de su trámite junto a los inconvenientes derivados de la rigidez derivada de una lista con enfermedades o síndromes, riesgos y actividades laborales, con frecuencia excesivamente acotadas. Esta posibilidad resulta de escasa utilidad para las coronariopatías, a las que habrá que aplicar, si procede, las previsiones contempladas en el apartado anterior pues, en la práctica, es casi imposible lograr encuadrar como enfermedad profesional casos concretos de cardiopatía isquémica (Gallo, 2013).

D. Resumen de claves

Importancia de la calificación como contingencia profesional

105

✓ En la diferenciación de la contingencia profesional respecto a la común pesan más los **conceptos legales y jurídicos** que los técnicos y sanitarios.

✓ La calificación como contingencia profesional supone **mayores ventajas** para el trabajador o sus causahabientes, en aspectos prestacionales (asistenciales, económicos, recuperadores, etc.) y de otro tipo, así como la posibilidad de que se atribuya un recargo de prestaciones a la empresa o que, en su caso, se puedan exigir responsabilidades civiles o patrimoniales.

✓ Lo anterior, junto las frecuentes negativas de las entidades y empresas colaboradoras a aceptarlas, ha llevado a que se dé un **gran número de reclamaciones** en materia de determinación de contingencia, en vía administrativa y judicial, lo que ha permitido que en la actualidad contemos con un abundante y confuso bagaje jurisprudencial.

✓ Además de las actuaciones generales de tipo sanitario y social, no deben desdeñarse las **medidas preventivas** en el ámbito laboral.

Cardiopatías isquémicas como contingencia común

110

✓ La mayoría de estas afecciones cardiacas tienen la consideración de contingencia común y, en concreto, de **enfermedad común**.

✓ Cabe la posibilidad de que en algún caso excepcional puedan calificarse como **accidente no laboral**.

✓ Llama la atención la **disparidad de criterios** respecto a la concepción de accidente que se da entre las jurisdicciones social (fundamentalmente con el accidente de trabajo) y civil (en particular con lo ligado a los seguros).

Cardiopatías isquémicas como contingencia profesional

115

✓ La inmensa mayoría de eventos coronarios admitidos como contingencia laboral son calificados como **accidente de trabajo**.

✓ El concepto de accidente de trabajo contempla una variada **casuística** que hace tiempo que superó la definición tradicional de accidente.

- 115** ✓ La comunicación electrónica de estos siniestros laborales debe hacerse mediante el sistema **Delt@** (accidentes de trabajo) o la aplicación **CEPROSS** (enfermedades profesionales); sin embargo, no son infrecuentes las negativas de las Mutuas a aceptar el origen laboral de diversas patologías no traumáticas, lo que abre la puerta al importante número de reclamaciones en esta materia.
- (sigue)
- ✓ Cabe la posibilidad teórica de encontrar alguna patología isquémica cardíaca que pueda encuadrarse como **enfermedad profesional**, pero resulta extremadamente difícil hallar algún caso concreto.
- ✓ La concepción más legal que sanitaria de la enfermedad profesional, con un **criterio enumerativo** de patologías y riesgos recogidos en un sistema de lista cuasi cerrada, hace casi imposible declarar de tal tipo a las coronariopatías.
- ✓ Sin embargo, si se usa el concepto coloquial de enfermedad laboral se amplía en gran medida la posibilidad de hallar procesos isquémicos cardíacos ligados al trabajo, aunque solo cabrá la posibilidad legal de declararlos **accidente de trabajo**.

Capítulo 2. Cardiopatía isquémica.

Conceptos generales

A. Concepto de cardiopatía isquémica. El importante papel de la arteriosclerosis.....	205
B. Epidemiología y factores de riesgo de la cardiopatía isquémica....	225
1. Epidemiología general.....	225
2. Principales factores de riesgo cardiovascular.....	240
3. Riesgo isquémico cardiaco y relación con el trabajo.....	270
C. Tipos de cardiopatía isquémica.....	300
D. Resumen de claves.....	330

A. Concepto de cardiopatía isquémica. El importante papel de la arteriosclerosis

La cardiopatía isquémica abarca un **conjunto de enfermedades** en las que se produce una alteración miocárdica por una descompensación entre el aporte de oxígeno y la demanda del mismo por dicho músculo, siendo dicha oferta inferior a la requerida (*Carbonell y otros, 2013*). La **causa** fundamental es la afección de las arterias coronarias, generalmente por arteriosclerosis, pudiendo llegar a limitar o impedir el acceso de sangre al músculo cardiaco (miocardio), pero coexisten una multiplicidad de otras causas. En muchas ocasiones permanece silente o asintomática durante largos periodos antes de llegar a producir sintomatología. Se rodea de una gran **multicausalidad**, con múltiples factores de riesgo asociados, lo que no impide que en gran parte de los casos puedan adoptarse medidas preventivas.

Arteriosclerosis Es una denominación genérica ligada a la afectación de arterias de diferente tamaño que se van engrosando y endureciendo, lo que provoca el estrechamiento de su luz (si afecta a vasos de mediano y gran calibre se suele denominar aterosclerosis); es un lento proceso inflamatorio crónico de **carácter sistémico**, es decir, que afecta simultáneamente a vasos que irrigan distintos territorios (corazón, cerebro, extremidades inferiores, etc.), por lo que la presencia de dicha afectación en un lugar suele asociarse a un mayor riesgo de que también se presente en otros territorios vasculares (*Lahoz y Mostaza, 2007*).

Este proceso patológico complejo de la pared arterial, además de afectar a distintos lechos vasculares, suele ser muy heterogéneo en el tiempo, con distintos **grados** de progresión, y puede manifestarse de forma aguda a la vez que coexisten fenómenos de gran cronicidad; diversos estudios indican que las lesiones ateroscleróticas pueden llegar a tardar diez o quince años en desarrollarse y, por otra parte, en una misma arteria pueden coexistir lesiones en distintos estadios de desarrollo e, incluso en la misma persona, pueden observarse distintas **variaciones** en el contenido de dichas alteraciones, siendo unas más vulnerables que otras, en el sentido de tener mayor riesgo de que se produzca una trombosis o una progresión rápida de la placa ateromatosa, con la posterior aparición de isquemia o necrosis, con sus diferentes manifestaciones clínicas de tipo crónico o agudo (*Fernández, 2009*). A nivel cardiaco puede permanecer silente durante muchos años, sin presentarse limitaciones o síntomas hasta que la estenosis de la arteria coronaria sea de una gravedad tal que se ocasiona un desequilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio y sus necesidades, es decir una distorsión entre la oferta y la demanda. En resumen, según el **tipo de avance** o complicación de la lesión nos podemos encontrar con distintas patologías.

- 215 Isquemia miocárdica** También llamada **angina de pecho** estable. Cuando la obstrucción de la coronaria ya es muy grande, no logra adaptarse del todo a los requerimientos suplementarios de sangre para el miocardio, pudiendo ser suficiente en reposo pero insuficiente cuando el corazón se acelera (esfuerzo físico, estrés emocional, etc.) y necesita más aporte. Entonces surge la isquemia del músculo cardíaco que sufre, ocasionándose el típico dolor anginoso; suele mejorar después de un tiempo de reposo al desacelerarse el corazón, que ya demanda menos sangre, desapareciendo la isquemia. Por tanto, debe resaltarse que la causa más frecuente de isquemia miocárdica es la enfermedad coronaria debida a arteriosclerosis.
- 220 Oclusión súbita** Por trombosis de la arteria con una falta de oxigenación del miocardio que da lugar al **síndrome coronario agudo** (angina inestable, infarto de miocardio e, incluso, muerte súbita). En el infarto la obstrucción de la arteria coronaria se completa, con lo que el aporte de sangre al músculo cardíaco es nulo o tan bajo que ni alcanza para el funcionamiento mínimo del corazón; la isquemia excede un nivel crítico durante un tiempo prolongado, sobrepasando los mecanismos de reparación de la célula miocárdica con lo que se provoca un daño irreversible en la misma, produciéndose una necrosis. El mecanismo generador es la propia obstrucción, por lo que los infartos pueden aflorar tras un aumento repentino en la actividad física, después de una situación de intenso estrés emocional o físico (por ejemplo, tras una enfermedad), estando en un ambiente frío, etcétera o, por contra, en reposo o durmiendo. Como se ha visto, la causa más frecuente del infarto es la impactación de un trombo con oclusión de una coronaria (a veces también una estenosis coronaria fija mayor del 75%). Sin embargo, también pueden producirse infartos de miocardio y otros procesos isquémicos agudos por multitud de **causas de menor frecuencia**: alteraciones de la microcirculación coronaria; disfunciones endoteliales; otras cardiopatías (valvulopatías, miocardiopatías, etc.); hipertensión arterial o pulmonar; arteritis; embolismos; diversas enfermedades hematológicas; hipercoagulabilidad; traumatismo sobre las coronarias; anomalías cardiovasculares congénitas; disección aórtica; espasmo prolongado sobre las arterias coronarias (Prinzmetal, ciertas sustancias y drogas, estrés emocional, etc.); enfermedad del suero y reacciones alérgicas; alteración de la relación aporte-demanda de oxígeno (anemias importantes, hipotensión, hipovolemia, intoxicación por monóxido de carbono, hipoxemia severa, etc.); etc. El incremento de la demanda metabólica del miocardio puede deberse a ejercicio físico extremo, hipertensión severa y cardiopatía hipertensiva (incluyendo formas de miocardiopatía hipertrófica obstructiva), estenosis aórtica severa y taquicardias. Otras situaciones de bajo gasto cardíaco asociadas a una disminución de la presión arterial diastólica (componente principal de la presión de perfusión coronaria), también pueden precipitar un infarto de miocardio.

B. Epidemiología y factores de riesgo de la cardiopatía isquémica

I. Epidemiología general

- 225** Hasta hace no muchas décadas las cardiopatías isquémicas no eran procesos frecuentes, ocasionado en cierta medida por la mortalidad precoz por otras causas que había en el pasado (infecciones, malnutrición, guerras, etc.); irrumpieron al disminuir dicha mortalidad precoz, a la vez que el acelerado desarrollo económico, los cambios en la dieta y la modificación de los hábitos (consumo de tóxicos, disminución del ejercicio físico, nuevos estilos de vida, etc.) fueron incrementando exponencialmente su número y agravando sus consecuencias.