

Trabajo Fin de Grado

Efectos jurídicos del infarto de miocardio en el ámbito
laboral.

Autor

Héctor Mínguez Domínguez

Director

José Alberto Nicolás Bernad.

Facultad de Ciencias Sociales y del trabajo. Grado en Relaciones Laborales y Recursos
Humanos.

2015

CONTENIDO

Contenido.....	1
1. Introducción.	3
1.1. Breve referencia estadística de accidentes de trabajo durante el año 2015.....	3
1.2. El accidente de trabajo: Definición y clasificación de los accidentes de trabajo. Distinción entre enfermedades profesionales, accidente no laboral y enfermedades comunes.	3
1.3. La vigilancia de la salud de los trabajadores.....	7
1.4. Exposición de la metodología utilizada.	9
2. El infarto de miocardio. Definición y tipologías. Factores de riesgo.	10
2.1. Definición.	10
2.2. Tipos de enfermedad coronaria.	10
2.3. Factores de riesgo laboral.....	12
a) Los antecedentes.	13
b) Los hábitos de vida.	13
c) El estrés laboral.....	13
2.4. Los trabajos a turnos y el trabajo nocturno.	14
3. Datos estadísticos de fallecimientos y accidentes laborales por infarto de miocardio. 17	
3.1. Introducción.	17
3.2. Accidentes de trabajo producidos durante el periodo 2010-2015.....	18
a) Total de accidentes de trabajo producidos durante los años de referencia.	18
b) Mortalidad de accidentes de trabajo por sectores.	19
c) Fallecimiento por tipologías de accidentes.....	20
d) Distribución de la mortalidad por infarto de miocardio según CC.AA.	22
4. Infarto de miocardio, ¿Accidente de trabajo o contingencia común? Una mirada a través de las sentencias de la jurisdicción española.	24
4.1. Introducción.	24

4.2. Sentencias estimatorias del infarto de miocardio como accidente de trabajo.....	24
4.3. Sentencias desestimatorias de infarto de miocardio como accidente de trabajo.	30
4.4. Conclusiones sobre las sentencias. ¿Necesidad de unidad jurisprudencial?	38
5. Conclusiones y recomendaciones.....	41
a) Consideración de enfermedad profesional.....	44
b) Análisis del puesto de trabajo y de los riesgos inherentes para el trabajador con afección cardíaca.	44
c) Introducción de equipos de reanimación cardiovascular en los centros de trabajo y formación de trabajadores en materia preventiva.....	45
d) Una mayor colaboración de los Servicios de prevención y las Mutuas de accidente de trabajo y enfermedades profesionales.	45
6. Anexos.	47
a) Año 2010.	47
b) Año 2011.	49
c) Año 2012.	51
d) Año 2013.	53
e) Año 2014.	55
f) Año 2015.	57
7. Bibliografía.	59
a) Relación de libros y manuales utilizados.....	59
b) Relación de páginas web utilizadas.	59
c) Relación de publicaciones del INSHT.....	59
d) Relación de sentencias.	60

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Breve referencia estadística de accidentes de trabajo durante el año 2015.

Durante el año 2015, en el periodo mensual comprendido entre enero a julio, se produjeron en España un total de 562 accidentes de trabajo con baja, como consecuencia de infartos de miocardio, derrames cerebrales y otras causas¹:

	En jornada	In itinere
Leves	224	3
Graves	219	3
Mortales	119	4

Teniendo en cuenta la siguiente tabla, destaca sobre manera un dato y es que de los 562 accidentes producidos dentro de esta tipología, el 21,89% tuvieron como resultado el fallecimiento del accidentado, frente al 40,29% de accidentes leves y un 39,5% de accidentes graves.

Aunque estos datos de mortalidad pueden parecer insignificantes, podemos comprobar que el porcentaje por fallecimiento de esta tipología de enfermedad resulta realmente alto, ya que en el mismo periodo anual, se produjeron en España un total de 337 accidentes mortales, sea cual sea la tipología del accidente de trabajo, frente a los 123 accidentes mortales por infarto de miocardio, lo que supone en términos porcentuales que el 36,5% de los accidentes mortales tuvo como consecuencia el objeto de estudio, centrándonos en un nivel nacional.

1.2. El accidente de trabajo: Definición y clasificación de los accidentes de trabajo. Distinción entre enfermedades profesionales, accidente no laboral y enfermedades comunes.

El artículo 115.1 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, establece la definición de accidente de trabajo: “*Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena*”.

Y he aquí uno de los mayores problemas que nos vamos a encontrar en lo referente al infarto de miocardio, ya que la interpretación de lesión corporal, que alude a un daño o detrimento corporal, pero también al efecto que lo produce (fuerza o agente lesivo causal)², configurándose entre ellos un elemento de causalidad interna, que presupone que entre el daño corporal y la fuerza o agente lesivo existe una conexión causal que determina la lesión como efecto de la causa lesiva, que es su causa. Por ello, el

¹ “Estadísticas de accidentes de trabajo, comentarios de principales resultados. Datos avance enero julio 2015”. 2015. Ministerio de empleo y Seguridad Social. Madrid. 2015.

² De la Villa, L.E. y Desdentado Bonete, A., “Manual de seguridad Social”. Pamplona. Aranzadi. 1977. Pág. 250

resultado jurisprudencial que vamos a tener es una continua contradicción entre diferentes sentencias, ya que según lo expuesto por David Remigia Pellicer en su obra “*Infarto y accidente de trabajo*”³, han surgido dos corrientes jurisprudenciales, siendo la mayoritaria aquella que estima que en los infartos producidos en tiempo y lugar de trabajo, en virtud de la presunción de laboralidad de las lesiones acaecidas durante la jornada, no permite desestimar que antes o durante la prestación de servicios del trabajador tuviera un estado psíquico o nervioso que fuera suficiente para desencadenar el infarto. En el otro lado de la balanza estaría situada la jurisprudencia que ha aceptado que el infarto de miocardio puede ser considerado, calificado e indemnizado como accidente de trabajo, cuando vaya necesariamente precedido de un esfuerzo físico o emocional que actúe como detonante, aunque se desarrolle en tiempo y lugar de trabajo.

En lo relativo a la clasificación de los accidentes de trabajo, en el artículo 115.2 a), b), c), d), e), f) y g) de la misma normativa establece los casos que tienen consideración de accidente de trabajo:

- a) Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo.*
- b) Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.*
- c) Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.*
- d) Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.*
- e) Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.*
- f) Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.*
- g) Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.*

³ Remigia Pellicer, David, “Infarto de miocardio y accidente de trabajo”. Valencia. Tirant lo Blanch. 2002. Págs. 27 a 29.

Otro de los puntos en los que puede surgir una controversia radica en la letra f) del citado artículo, ya que en el caso del infarto de miocardio, ¿qué sucede cuando el trabajador padecía ya con anterioridad una afección cardíaca al accidente de trabajo, de lo que el empresario era conocedor? Si nos atenemos a las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente, ¿podríamos considerar el estrés padecido durante la jornada de trabajo o el miedo insuperable acaecido como consecuencia de la prestación de servicios un nexo suficiente entre el accidente del trabajador y la enfermedad coronaria padecida con anterioridad?

Actualmente, el infarto de miocardio no está considerado como enfermedad profesional, dada la presunción “*ipso iure*”, es decir, que deriva de la naturaleza singular del medio en el que el trabajador se halla, de las materias con las que trabaja o de las herramientas o máquinas que utiliza⁴.

Según la doctrina jurisprudencial, el infarto de miocardio es efectivamente una enfermedad común, quedando por ello su consideración excluida del artículo 115.3 LGSS, dado que exclusivamente es de aplicación a las enfermedades profesionales, por lo que se debe discutir su aceptación o no de accidente de trabajo por medio del artículo 115.2.e). Por ello, va a tener un peso determinante la presunción, debiendo tratar de centrar la carga de la prueba en la existencia o no de una fuerza lesiva con cierto grado de relación con el trabajo que determine su consideración de accidente.

Además de ello, debemos de tener en cuenta si el trabajador accidentado padecía una enfermedad cardíaca congénita, que pueda haberse adquirido desde el nacimiento o que bien hayan sido contraídas con anterioridad al trabajo prestado, ante lo que la tendencia jurisprudencial ha entendido su improcedencia de calificación de estos procesos como accidente indemnizable. Quizá resulte un error o no tal consideración y de hecho habrá opiniones para todo, pero en lo que a la mía respecta, no estoy de acuerdo, dado que en muchas ocasiones los trabajadores que padecen enfermedades cardíacas pueden realizar una vida laboral completamente normal, con una correcta supervisión médica de una parte y un óptimo estudio por parte de los sujetos contratantes del trabajador sobre los riesgos propios a los que va a exponerse al trabajador como motivo de su prestación de servicios, ya sea en lo referente al puesto de trabajo, la carga física o el horario de trabajo, así como los turnos que vaya a desarrollar. Por ello, si se cumplen todos esos requisitos, no entiendo que no tenga consideración de accidente indemnizable, cuando por lo que veremos en el siguiente punto de la presente obra, el índice de mortalidad como consecuencia del infarto de miocardio es excesivamente alto, pudiendo dejar a los supervivientes del trabajador en una situación económica negativa, dado que la determinación de la contingencia de

⁴ Remigia Pellicer, David, “Infarto de miocardio y accidente de trabajo”. Valencia. Tirant lo Blanch. 2002. Págs. 81 a 85.

accidente de trabajo o enfermedad común va a hacer que las cuantías de las pensiones recibidas a los familiares supervivientes sea mayor o menor, además de que en muchos convenios colectivos existen complementos económicos en caso de fallecimiento, que dependiendo de la valoración del accidente, los tenga o no, así como los cargos económicos que puedan generar por motivo del fallecimiento del trabajador, como pueden ser los gastos originados por el sepelio, que en caso de tener consideración de accidente de trabajo, lo cubriría la aseguradora con la que la empresa o bien el convenio colectivo del sector, tuvieran concertado un seguro.

El artículo 115.3 establece que *“tienen presunción de accidente de trabajo, salvo prueba en contrario, las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo”*,

Entendiendo como tal los periodos de trabajo en los que el trabajador permanece en el lugar de trabajo, incluyéndose por tanto el tiempo de prestación efectiva de servicios, los periodos anteriores al inicio de la jornada, las pausas e interrupciones durante la jornada laboral mediando permanencia en el lugar de trabajo e incluso, en los inmediatamente posteriores, por lo que lo importante va a ser que el tiempo y lugar de trabajo en los que se produzca la lesión, tengan vínculo con el trabajo.

Ante esta situación, una parte de la jurisprudencia ha entendido que si el trabajador, aun con sus dolencias, es considerado capaz para el desempeño de su trabajo, no es descartable la influencia de los factores laborales en el desencadenamiento de un infarto de miocardio⁵, por lo que no se debería de romper la presunción de laboralidad iuris tantum, por lo que se ha considerado accidente de trabajo como consecuencia de infarto de miocardio supuestos como el de un trabajador que había sufrido un infarto de miocardio pero continuaba trabajando, casos de infarto de miocardio acaecido durante la comida, dentro del lugar de trabajo o incluso el fallecimiento del trabajador mientras este se cambiaba en los vestuarios, antes de comenzar la jornada laboral⁶, como corrobora el Tribunal Supremo en su sentencia SSTS de 22 de noviembre de 2006 y 25 de enero de 2007. Y una vez más, nos encontramos con un doble criterio jurisprudencial, ya que mientras las sentencias citadas consideraban como lugar de trabajo los vestuarios, la sentencia STS de 14 de marzo de 2012, recurso 494/2011⁷, “Accidente de trabajo: infarto que se manifiesta en el lugar de trabajo antes del inicio de la jornada laboral”, desestimó la pretensión del trabajador para su consideración como accidente de trabajo: *“Sin embargo, no se cumple el requisito de “tiempo de trabajo”, ya que éste exige que el empleado se encuentre en su puesto de trabajo, en el que se presume que ha comenzado a realizar algún tipo de actividad o esfuerzo (físico o intelectual) que*

⁵ RJA 1997/6260, STS de 14-7-1997.

⁶ SSTS de 22 de noviembre de 2006 y 25 de enero de 2007.

⁷ STS de 14 de marzo de 2012, recurso 494/2011

determina una más fácil vinculación del acaecimiento con el trabajo y por tal motivo se aplica la presunción. Por tanto, no se cumple este requisito en aquellos supuestos en que: a) el trabajador se encontraba en los vestuarios cambiándose de ropa antes de incorporarse al puesto de trabajo y dirigiéndose al mismo (STS de 20 de diciembre de 2005)''.

Mientras que el artículo 115.4 establece que no tendrán la consideración de accidente de trabajo:

a) Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente.

En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza.

b) Los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

Va a resultar de especial importancia la consideración de fuerza mayor en lo relativo a los efectos jurídicos del infarto de miocardio, ya que como veremos en las sentencias que se van a citar en la presente obra, va a ser determinante para que tengan consideración de accidente de trabajo o de enfermedad común, ya que no existe una jurisprudencia unificada sobre ello, entendiéndose en algunas ocasiones que el infarto de miocardio no tuvo relación directa con el desarrollo de la actividad laboral, por entender que el fallecimiento del trabajador se debió a fuerza mayor y que no existe vinculación entre las tareas desempeñadas por el trabajador y el resultado del finado, como puede ser algún caso de paro cardíaco como consecuencia de infarto agudo de miocardio.

1.3. La vigilancia de la salud de los trabajadores.

Tampoco debemos desviar la vista sobre la normativa prevencionista, en concreto la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, ya que en el artículo 22 establece las obligaciones que tiene contraídos los empresarios en lo referente a la vigilancia de la salud de los trabajadores, debiendo garantizar la vigilancia periódica del estado de su salud, en función de los riesgos inherentes a su trabajo, que sólo puede llevarse a cabo con el consentimiento del trabajador, consentimiento que puede exceptuarse con la aprobación de los representantes de los trabajadores por medio de un informe previo, en los supuestos en los que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.

Por otro lado, el artículo 25 establece los medios de protección de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, por lo cual el empresario debe garantizar de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, debiendo tener dichos hechos en cuenta en las evaluaciones de los riesgos, para poder adoptar las medidas preventivas y de protección necesarias.

Además, los trabajadores no pueden ser empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo.

Como consecuencia de ello, los empresarios deberían de otorgar una mayor protección sobre los trabajadores aquejados de cualquier tipo de patología miocárdica, ya que la naturaleza del puesto de trabajo, los horarios de trabajo desarrollados y las tareas encomendadas a los trabajadores pueden tener una influencia directa sobre la salubridad de estos trabajadores, así como de su supervivencia o fallecimiento.

En el tercer capítulo de este trabajo, donde se define que es el infarto de miocardio y los diferentes tipos de miocardiopatía existentes, va a quedar constatado que en numerosas ocasiones, los trabajadores ya habían sufrido dolencias cardíacas de algún tipo, que en ocasiones ya había llevado a los trabajadores a situaciones de baja laboral por contingencias comunes, por lo que los empresarios, en numerosas ocasiones, ya conocían la sensible situación biológica de los trabajadores, por lo que deberían de haber establecido los medios preventivos necesarios para evitar o reducir lo máximo posible la incidencia de los accidentes de trabajo como consecuencia del infarto de miocardio.

Y es por ello que resulta inadmisibles, o puramente extraño, que a pesar del riesgo que puede suponer para la salud de este tipo de trabajador el desempeño de sus funciones en jornadas laborales nocturnas, como se va a demostrar, es contraproducente para su salud como consecuencia del estrés que sufre el corazón por alterar los ritmos circadianos o el desarrollo de actividades monótonas y repetitivas, con poca elección del orden de trabajo que aumentan el nivel de estrés del trabajador, que existan sentencias en las que no se considere accidente de trabajo el fallecimiento del trabajador por entender que el daño sufrido por el trabajador no tiene vinculación directa con el trabajo desarrollado, sino que se debió a

fuerza mayor y, por consiguiente, a una contingencia común que no acarre ninguna sanción a una posible actitud ilícita del empleador en lo relativo a la Prevención de riesgos laborales.

1.4. Exposición de la metodología utilizada.

Es por ello que en el presente trabajo se van a tratar los efectos jurídicos del infarto de miocardio desde varias perspectivas diferentes:

- En primer lugar desde la terminología médica sobre qué es realmente el infarto de miocardio y los tipos de miocardiopatía existentes, ya que como más adelante se verá, resulta destacable la distinción entre si se trata de un infarto de miocardio isquémico o no isquémico, si existían o no antecedentes médicos en la persona accidentada...ya que de ello va a depender en gran medida su consideración como accidente de trabajo o no, como se va a plasmar en las diferentes sentencias recogidas en la presente obra.
- En segundo lugar, vamos a proceder a visualizar los datos estadísticos sobre los accidentes de trabajo producidos durante los periodos anuales del año 2010 al año 2015, tanto para los ocurridos en el propio centro de trabajo como in itinere, ya sean o no accidentes mortales.
- El tercer paso va a ser el estudio de diversas sentencias del Tribunal superior de Justicia, recogiendo jurisprudencia en la que se reconozca la calificación como contingencia profesional o como contingencia común.
- Una vez que ya se han recogido las sentencias, el siguiente paso consiste en el análisis de los motivos dados en los fallos de las sentencias, para poder desglosar los accidentes en función de su tipificación como accidente de trabajo o no y enfrentar los argumentos otorgados por los magistrados de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, para poder lograr así entender porque en unos casos ha tenido una consideración u otra.
- Por último, desde una perspectiva prevencionista, se va a proponer una serie de medidas de actuación para poder contrarrestar los efectos del infarto de miocardio, que en muchas ocasiones, tal vez demasiadas, tienen como resultado el fallecimiento del trabajador y por otra parte, se va a proceder a proponer una serie de actuaciones sobre la adaptación de los puestos de trabajo de las personas aquejadas de dolencias cardíacas.

2. EL INFARTO DE MIOCARDIO. DEFINICIÓN Y TIPOLOGÍAS. FACTORES DE RIESGO.

El primer punto de partida lógico para el desarrollo del tema propuesto debe ser una aproximación teórica sobre qué es realmente una miocardiopatía, ahondando posteriormente en las tipologías de miocardiopatías existentes, ya que dependiendo de la lesión producida sobre el corazón, va a ser determinante para que la jurisprudencia española acepte como contingencia profesional el accidente producido en el ámbito laboral, ya sea en servicio o in itinere y es que, a pesar de lo que nos podría parecer a todos por lógica, que un infarto de miocardio en el trabajo es siempre una contingencia profesional, como vamos a ver posteriormente no es cierto, ya que va a depender en gran medida de los antecedentes médicos de la persona aquejada por tal dolencia o del tipo de lesión que se haya producido. Por último, también resulta relevante una reseña sobre la influencia del ámbito laboral en la salud de las personas que, o bien están ya aquejadas por problemas cardíacos o bien, son personas con que por las características personales pueden ser pacientes de tal lesión vascular, ya sea por la influencia genética que esta patología puede tener o por agentes externos, como pueden ser motivados por el entorno laboral en el que la persona desarrolla su carrera profesional o por el sistema de turnos de la jornada laboral.

2.1. Definición.

Podríamos definir al infarto de miocardio como aquél que se produce cuando un coágulo sanguíneo obstruye completamente el paso de la sangre por alguna de las arterias coronarias, ocasionando la muerte de una parte del corazón al no llegarle el oxígeno necesario para su supervivencia⁸.

2.2. Tipos de enfermedad coronaria.

Además de ello, también debemos tener en cuenta, como consecuencia de su reiteración en los casos analizados en el presente trabajo, al infarto agudo de miocardio, consistente en la necrosis o muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente el flujo sanguíneo en una de las arterias, que se manifiestan de forma súbita con un riesgo de muerte o complicaciones graves a corto plazo⁹.

Otra afección cardiovascular que debemos de conocer, como consecuencia de su habituabilidad, es la angina de pecho, que es la consecuencia del aporte insuficiente de oxígeno al corazón, que es necesario

⁸ López Farré, A., y Macaya Miguel, C., Libro de la Salud Cardiovascular del hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVVA. Bilbao. Fundación BBVA. 2009. Pág. 93.

⁹ López Farré, A., y Macaya Miguel, C., Libro de la Salud Cardiovascular del hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVVA. Bilbao. Fundación BBVA. 2009. Pág. 259.

para sus requerimientos en un momento determinado, que se puede manifestar con unos síntomas concretos o bien de una forma asintomática, denominada silente.

Por último, es conveniente destacar la arterioesclerosis coronaria, cuya caracterización inicial es el depósito de grasa en el endotelio de las arterias coronarias, que con el paso del tiempo pueden acumularse de forma progresiva una mayor cantidad de grasa, fundamentalmente colesterol, que van produciendo una rigidez de la pared arterial, disminuyendo su elasticidad y su capacidad de poder dilatarse ante situaciones que requieran mayor cantidad de sangre, pudiendo terminar en la reducción del diámetro de la luz de la arteria, formando un trombo.¹⁰

Para finalizar, debemos añadir que los tipos más comunes de miocardiopatía abarcan¹¹:

- **La miocardiopatía dilatada:** Se trata de una afección en la cual el corazón resulta debilitado y progresivamente va agrandado, con lo cual pierde la capacidad para bombear la sangre en cantidad suficiente, causada por una arteriopatía coronaria causada por el estrechamiento de las arterias, si bien es cierto que también puede producirse en el ámbito laboral en el caso de trabajadores expuestos a metales pesados, como el plomo, el mercurio o el arsénico.

Tiene además la peculiaridad de poder afectar a otros órganos vitales, como el pulmón y el hígado. Muchos problemas de salud diferentes pueden causar este tipo de miocardiopatía.

- **La miocardiopatía hipertrófica:** Es una enfermedad del músculo del corazón que se caracteriza por el aumento del grosor de sus paredes (hipertrofia), que no se deba a causas de fuera del músculo. Como causas no podemos establecer una clara, si bien es cierto que se trata de una patología claramente congénita en un porcentaje elevado.
- **La miocardiopatía isquémica:** Es la enfermedad ocasionada por la arteriosclerosis de las arterias coronarias, que son las encargadas de proporcionar sangre al músculo cardíaco (miocardio). La arteriosclerosis coronaria es un proceso lento de formación de colágeno y acumulación de lípidos y células inflamatorias. Estos tres procesos provocan el estrechamiento de las arterias coronarias, siendo tres los tipos de afecciones que podemos encontrar: el infarto agudo de miocardio y la angina de pecho, tanto estable como inestable.

Este proceso empieza en las primeras décadas de la vida, pero no presenta síntomas hasta que la estenosis de la arteria coronaria se hace tan grave que causa un desequilibrio entre el aporte

¹⁰ López Farré, A., y Macaya Miguel, C., Libro de la Salud Cardiovascular del hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA. Bilbao. Fundación BBVA. 2009. Págs. 280 a 285.

¹¹“Miocardiopatía. Un diagnóstico a tiempo puede salvar la vida”. Clínica Adam. Última modificación 12 de noviembre de 2015. <http://www.clinicadam.com/salud/5/001105.html>.

de oxígeno al miocardio y sus necesidades. En este caso se produce una isquemia miocárdica (angina de pecho estable) o una oclusión súbita por trombosis de la arteria, lo que provoca una falta de oxigenación del miocardio que da lugar al síndrome coronario agudo (angina inestable e infarto agudo de miocardio).

Constituye la principal causa de morbilidad en patología humana, teniendo una incidencia en el sexo masculino con edades comprendidas entre los 30 y los 60 años del 6% anual, pasando a ser del 10% si nos centramos exclusivamente en el grupo de edad que abarca desde los 40 a los 59 años.¹²

Como manifestaciones clínicas tiene dos formas, el infarto de miocardio y la angina de pecho.

- **La miocardiopatía restrictiva:** Se refiere a un grupo de trastornos en los cuales las cámaras del corazón son incapaces de llenarse apropiadamente con sangre, debido a que el miocardio está rígido.

2.3. Factores de riesgo laboral.

Como ya se ha visto en la introducción, las tasas de mortalidad del infarto de miocardio son excepcionalmente altas, que como se verá en el siguiente punto de este trabajo, con un estudio estadístico de las tasas de accidentes laborales como consecuencia de miocardiopatías, transmite la sensación de que los fallecimientos producidos por esta patología casi pueden considerarse una pandemia.

Pero en lo que nos adentramos ahora es en tratar de entender cuáles son los principales factores que, o bien pueden producir afecciones cardíacas en los trabajadores, o bien pueden agravar tales dolencias en el caso de que los trabajadores ya padeciesen alguna¹³.

Como principales factores de riesgo podemos encontrar ciertos tóxicos industriales, los patrones de conducta asociados a los trabajadores y el estrés propio del ámbito laboral, como las propias condiciones laborales, que pueden modificar los factores de riesgo cardiovascular o producir tales patologías.

¹² Gil Hernández, F., Tratado de medicina del trabajo. Barcelona. Masson, S.A. 2005. Págs. 740 a 742.

¹³ Grupo de trabajo del Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el Trabajo. “Factores de riesgo cardiovascular en la población laboral española”. Revista INSHT número 5, páginas 11 a 23. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

a) Los antecedentes.

En el artículo “Factores de riesgo cardiovascular en la población laboral española”, publicada por el Grupo de Trabajo del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, llegaron a la conclusión de que el 9,5% de la población estudiada habían padecido anteriormente una enfermedad cardiovascular, siendo la principal enfermedad la hipertensión arterial, seguida de la cardiopatía isquémica, la hiperlipemia, la diabetes y la hiperuricemia.

b) Los hábitos de vida.

Los hábitos de vida del propio trabajador pueden tener una influencia directa a la hora de poder padecer una afección cardíaca, como son el caso de los hábitos fumadores o los hábitos del consumo de alcohol. Si bien es cierto, estos hábitos pueden tener una relación directa con el propio ámbito laboral, ya que tanto el estrés producido por estresantes ritmos de trabajo, como puede suceder en puestos de trabajo con una exigencia física y psicológica o los propios turnos laborales, de entre los que destaca el turno horario nocturno, pueden producir una trastornos psicosociales, tales como la depresión y la sensación de desconexión con su entorno, que pueden producir en algunos sujetos la adquisición de hábitos fumadores o bebedores. Sucede lo mismo en el caso de la obesidad, que puede tener una relación directa con las afecciones cardíacas.

c) El estrés laboral.

El estrés en el trabajo aumenta un 23% el riesgo de sufrir un infarto de miocardio, suponiendo una proporción notable de las afecciones coronarias de las poblaciones activas¹⁴. Como se ha dicho anteriormente, en el caso de trabajadores con hábitos de fumar, de beber o que padecen obesidad, el estrés puede aumentar el riesgo de sufrir un infarto de miocardio. Y es que como se ha demostrado, cuando los trabajadores padecen estrés laboral, los fumadores fuman una mayor cantidad de cigarrillos, los trabajadores con hábitos bebedores tienden a beber más y en las personas con sobrepeso, comen más, por lo que queda refutada una incidencia que si bien no es directa, indirectamente si pueden producir un aumento del riesgo de padecer una afección coronaria.

Por otra parte, como han sugerido diversos estudios, sí es posible establecer una relación directa del estrés con el infarto de miocardio, como es el caso de los episodios de estrés agudo, que elevan el riesgo de infarto como consecuencia de las hormonas que podemos desprender como consecuencia del estrés.

¹⁴ Corbella, Josep. “El estrés en el trabajo eleva el riesgo de infarto”. La Vanguardia, sanidad. (14/09/2012). <http://www.lavanguardia.com/salud/20120914/54349541322/estres-trabajo-eleva-riesgo-infarto.html>

Como trabajadores de riesgo podríamos citar a aquellos en cuyo empleo se les exige un ritmo muy alto y se les otorga muy poco control sobre lo que hacen, como podría ser un ejemplo el de los trabajadores de cadenas de montaje. En el lado contrario, tienen menor probabilidad de sufrir afecciones cardíacas aquellos trabajadores que tienen mucho control sobre su trabajo y con un ritmo menor.

Por último cabría decir que en estos tiempos que vivimos, como consecuencia de la crisis económica que afecta a España, ha habido un repunte de los casos de estrés laboral, como consecuencia de la precariedad laboral y sobre todo, de la inseguridad laboral, ya que el miedo a perder el trabajo en estos tiempos impera, por lo que es de esperar un repunte del número de trabajadores con afecciones cardíacas.

2.4. Los trabajos a turnos y el trabajo nocturno.

En el artículo 36 del Estatuto de los Trabajadores se define que es el trabajo a turnos, encuadrado en el artículo 36.3, mientras que el trabajo nocturno se describe en el artículo 36.1:

Trabajo nocturno: *A los efectos de lo dispuesto en la presente Ley, se considera trabajo nocturno el realizado entre las diez de la noche y las seis de la mañana. El empresario que recurra regularmente a la realización de trabajo nocturno deberá informar de ello a la autoridad laboral.*

Se considera trabajo a turnos toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas.

En España, alrededor de dos millones de trabajadores realizan su trabajo a turnos o en turno nocturno, cuyo porcentaje aproximado en el sector industria es de un 24%, mientras que en el sector servicios se alcanza un porcentaje de en torno al 13%¹⁵.

En el caso del infarto de miocardio, este dato resulta realmente preocupante, ya que en consonancia a los resultados publicados por el INSHT, en la guía de buenas prácticas “**NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos**”¹⁶, se producen efectos biológicos negativos del trabajo nocturno sobre la salud de los trabajadores, viéndose afectados de una parte el equilibrio biológico de los sujetos como consecuencia de los desfases de los ritmos corporales y de los cambios alimentarios, que pueden tener efectos crónicos sobre la salubridad de los trabajadores.

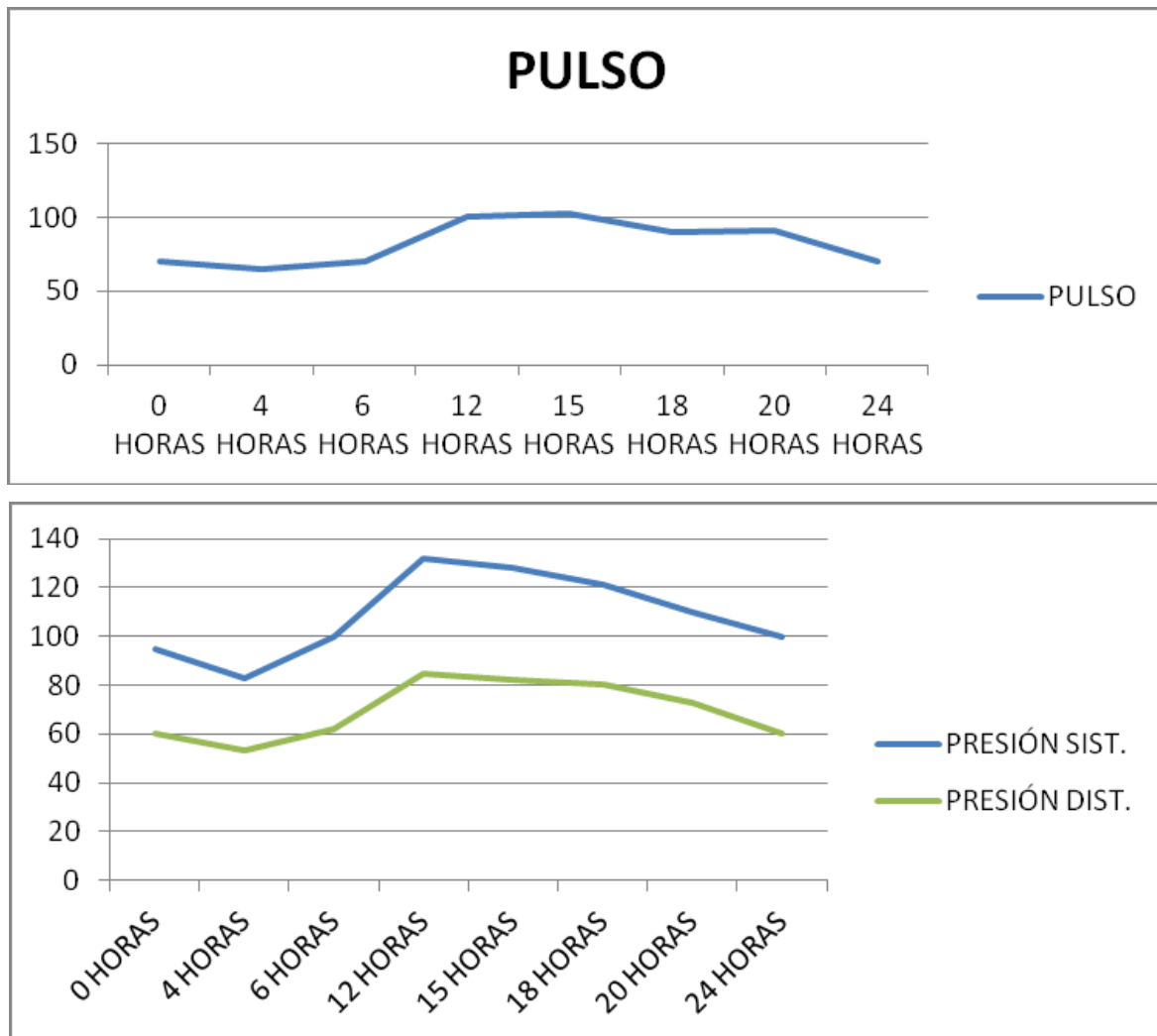
Y es que aquí entran los denominados ritmos circadianos, que consisten en que las funciones fisiológicas siguen unas repeticiones cíclicas y regulares. Estos ritmos suelen clasificarse en ultradianos, si son

¹⁵ “Trabajo a turnos”. Sindicato federal ferroviario. Confederación general del Trabajo.

¹⁶ Nogreda Cuixart, C., Nogreda Cuixart, S. “NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos”. Centro Nacional de condiciones de trabajo. INSHT.

superiores a 24 horas; circadianos o nictamerales si siguen un ritmo de 24 horas; o infradianos, si su ciclo es inferior a las 24 horas.

Los ritmos circadianos son los más afectados y, por tanto, los más estudiados en relación con el trabajo a turnos. Estos ritmos biológicos coinciden con los estados de vigilia y sueño, siendo la mayoría de ellos más activos durante el día que durante la noche.

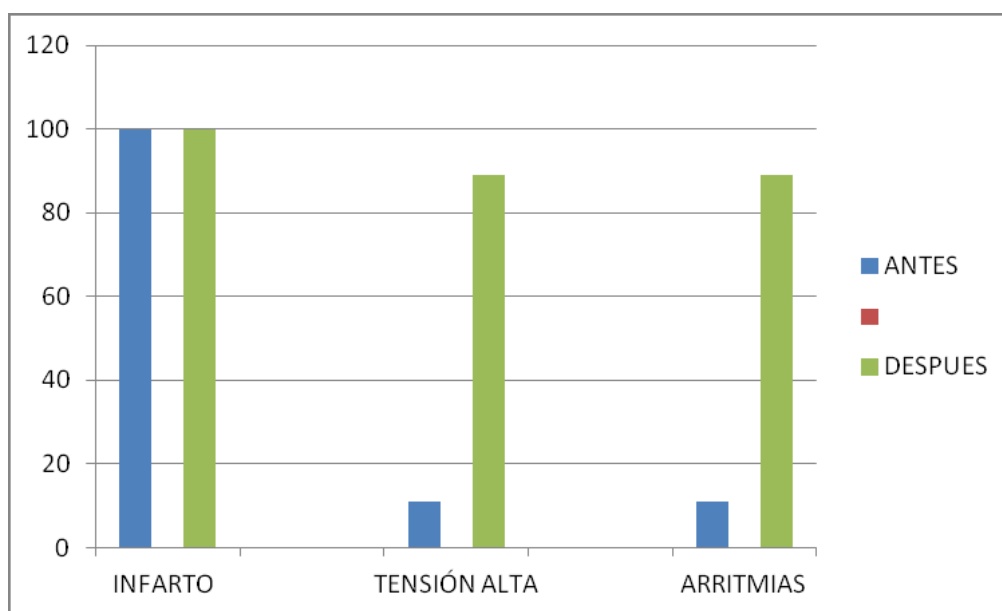


Sucede lo mismo en el caso de los trabajos a turnos, ya que podríamos diferenciar tres tipos de trastornos asociados a tales, como son los casos de la alteración de los ritmos biológicos y del sueño, como ya se ha descrito y una alteración de la vida social y familiar. Todos ellos pueden producir a los trabajadores situaciones de estrés agudo o crónico.

Los trastornos de los hábitos alimenticios pueden producir un deterioro de la salud de los trabajadores, que pueden llegar a ser más graves, como los trastornos cardiovasculares.

En lo referente a las alteraciones del sueño, como consecuencia de los trabajos a turnos, el sueño se ve alterado, no produciéndose nunca una adaptación plena al cambio horario. Esta situación puede provocar a la salud de los trabajadores, a largo plazo, un estado de fatiga crónica, que puede considerarse un estado patológico y que produce alteraciones de tipo nervioso (dolor de cabeza, irritabilidad, depresión, temblor de manos, etc.), enfermedades digestivas (náuseas, falta de apetito, gastritis, etc.) y del aparato circulatorio.

Por último, en lo referente a las alteraciones de la vida social, al verse afectada tanto la relación diaria con las personas de su entorno, pudiendo verse aislados de su entorno familiar y social, así como la posibilidad de la existencia de problemas de coordinación y organización doméstica, hace que pueda aparecer una sensación de vivir aislado y de que no se es necesario para los demás, creando un sentimiento de inferioridad o culpabilidad que dificulta la aceptación del horario nocturno y por ende, se ocasionan situaciones de estrés que pueden inducir a una afección cardíaca.



Como puede observarse en el gráfico, los problemas cardíacos empezaron después de empezar trabajos a turnos en el caso de tensión alta y arritmias cardíacas, mientras que en el caso de los infartos, observamos que su número era igual tanto antes de trabajar a turnos como después.

Por ello, podemos concluir que la turnicidad agrava los trastornos cardiovasculares, perturba las funciones biológicas y provoca una considerable reducción de las defensas inmunitarias del organismo.

3. DATOS ESTADÍSTICOS DE FALLECIMIENTOS Y ACCIDENTES LABORALES POR INFARTO DE MIOCARDIO.

3.1. Introducción.

Como se ha ido señalando anteriormente, el infarto de miocardio se ha constituido en la actualidad como un grave problema para la salud de los trabajadores españoles, suponiendo uno de los accidentes de trabajo más repetidos en la actualidad, que casi podríamos considerar por la alta cifra de casos como una pandemia.

Para confirmar este hecho, en el presente punto se va a realizar un análisis de los accidentes de trabajo sufridos por los trabajadores españoles, partiendo de los datos facilitados por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, en base a las comunicaciones efectuadas, en el caso de los accidentes de trabajo, la información de base la proporciona el sistema Delt@ de notificación de accidentes de trabajo, excepto para las comunidades autónomas del País Vasco y Cataluña que remiten la información mediante ficheros externos a Delt@ y la información de enfermedades procede de la explotación realizada por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, en base a las comunicaciones efectuadas, a través del sistema CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales, Seguridad Social), de notificación electrónica de Enfermedades Profesionales, aprobado por Orden TAS 1/2007, en el periodo que abarca los años 2010¹⁷, 2011¹⁸, 2012¹⁹, 2013²⁰, 2014²¹ y 2015²². En esos periodos anuales, se va a diferenciar entre si tales accidentes fueron o bien en servicio o bien in itinere.

Para hacernos una idea mayor del porcentaje que supone el infarto de miocardio respecto de las otras tipologías de accidentes de trabajo, se va a comparar los resultados totales frente a aquellos que exclusivamente se produjeron como consecuencia de patologías vasculares, ya que de ese modo nos podemos hacer una idea de la problemática general que supone para nuestra sociedad y el nivel de atención que debería tener por parte de las Autoridades y entes gubernamentales, tanto autonómicos como nacionales.

¹⁷ Ministerio de Trabajo e inmigración. “Anuario de Estadísticas del Ministerio de Trabajo e Inmigración. 2010”.

¹⁸ Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. “Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. 2011”.

¹⁹ Ministerio de Empleo y Seguridad Social. “Estadísticas de Accidente de Trabajo. Enero-diciembre 2012”. Subdirección General de Estadísticas. Madrid. 2013.

²⁰ Ministerio de Empleo y Seguridad Social. “Estadísticas de Accidente de Trabajo. Enero-diciembre 2013”. Subdirección General de Estadísticas. Madrid. 2014.

²¹ Ministerio de Empleo y Seguridad Social. “Estadísticas de Accidente de Trabajo. Enero-diciembre 2015”. Subdirección General de Estadísticas. Madrid. 2015.

²² “Estadísticas de accidentes de trabajo, comentarios de principales resultados. Datos avance enero julio 2015”. 2015. Ministerio de empleo y Seguridad Social. Madrid. 2015.

3.2. Accidentes de trabajo producidos durante el periodo 2010-2015.

a) Total de accidentes de trabajo producidos durante los años de referencia.

Durante el año 2010, se produjeron un total de 627876 accidentes de trabajo, que causaron baja en el periodo citado, de los cuales se produjeron durante la jornada de trabajo 553915 accidentes, mientras que se produjeron un total de 73961 accidentes in itinere. Entre ambas, fueron mortales 556, de los cuales 216 fueron consecuencia de infarto de miocardio, derrame cerebral u otras patologías no traumáticas.

En el año 2011, se produjeron un total de 568370 accidentes de trabajo, que causaron baja en el periodo citado, de los cuales se produjeron durante la jornada de trabajo 501579 accidentes, mientras que en el caso de accidentes in itinere sumaron un total de 66791 casos, siendo accidentes mortales 520, 197 de ellos como consecuencia de infarto de miocardio u otras patologías no traumáticas.

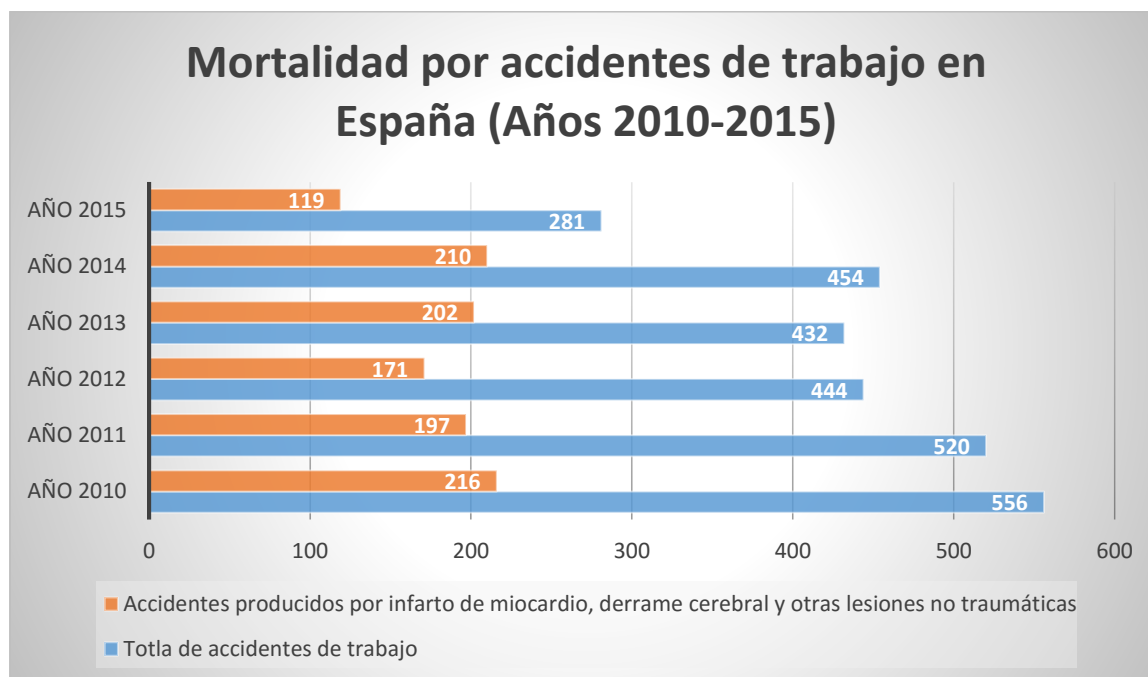
A tenor de lo descrito, es observable una tendencia positiva de siniestralidad, dado que hubo un descenso de 59506 accidentes en lo referente a la cantidad total. Si lo desglosásemos por el número de accidentes producidos durante la jornada de trabajo, es observable un descenso de 52336, mientras que en el caso de los accidentes in itinere el descenso fue de 7170 accidentes.

Respecto al año 2012, se produjeron un total de 462060 accidentes de trabajo, que causaron baja en el periodo citado, de los cuales se produjeron durante la jornada de trabajo 400844 accidentes y 61216 accidentes in itinere, con una mortalidad de 444 casos, 171 de ellos como consecuencia de infarto de miocardio u otras patologías no traumáticas. Por ello, se sigue manteniendo la línea de descenso del número de accidentes marcada desde el año 2011, ya que hubo un descenso total de 106310, siendo en el caso de accidentes durante la jornada de 100735, mientras que en el caso de accidentes in itinere fueron 5575.

Durante el año 2013, se produjeron un total de 459535 accidentes de trabajo, que causaron baja en el periodo citado, de los cuales se produjeron durante la jornada de trabajo 397051 accidentes y 62484 accidentes in itinere y mortales 432, 202 de ellos como consecuencia de infarto de miocardio u otras patologías no traumáticas por lo que se sigue manteniendo un descenso de las tres tipologías de accidentes.

Sin embargo, esta tendencia positivista se ve quebrada en el año 2014, dado que se produjeron 482578 accidentes, siendo durante la jornada de trabajo 411377 accidentes y 65201 en el caso de los accidentes in itinere, de los cuales fueron mortales 454, 210 de ellos como consecuencia de infarto de miocardio u otras patologías no traumáticas. Para finalizar, en lo que respecta al año 2015, según los datos provisionales emitidos para el periodo de enero a julio, si no varía la tendencia actual, estaremos

posiblemente ante una continuación de la línea alcista de siniestralidad, dado que se han producido un total de 300550 accidentes, siendo durante la jornada 260338 e in itinere 40212, siendo mortales 281, 119 de ellos como consecuencia de infarto de miocardio u otras patologías no traumáticas.



b) Mortalidad de accidentes de trabajo por sectores.

Durante el año 2010, ahondando en la mortalidad de los accidentes de trabajo, en el sector agrario se produjeron un total de 52 accidentes mortales, frente a los 110 accidentes mortales del sector industria, los 133 accidentes mortales del sector de la construcción y el dato más alto de mortalidad lo obtenemos en el sector servicios, con un total de 261 fallecimientos de trabajadores.

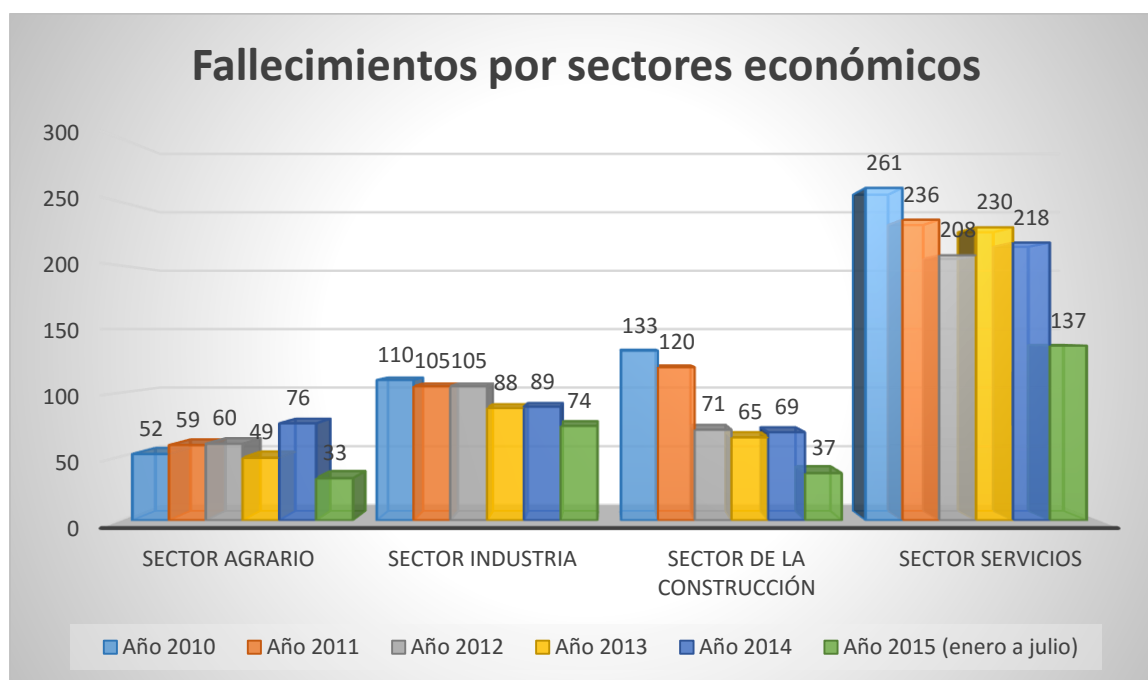
En lo referente al año 2011, en el sector agrario se produjeron un total de 59 accidentes mortales, frente a los 105 accidentes mortales del sector industria, los 120 accidentes mortales del sector de la construcción y una vez más, el dato más alto de mortalidad lo obtenemos en el sector servicios, con un total de 236 fallecimientos de trabajadores.

En el año 2012 se produjo una modificación de la información obtenida en el estudio facilitado por el Ministerio de Empleo, dado que se contaron con dos nuevos regímenes, el Régimen especial de empleados del hogar y el sistema especial de empleados del hogar. Sin embargo, en los datos de mortalidad facilitados se sigue el mismo criterio, siendo los fallecidos en el sector agrario 60 personas, por las 105 personas del sector industria, los 71 del sector de la construcción y los 208 del sector servicios. En el año 2013 la distribución de los accidentes mortales fueron de 49 fallecidos en el sector agrario, 88 en el sector industria, 65 en el sector de la construcción y 230 en el sector de servicios, mientras que en

el año 2014, las cifras sumaron un total de 76 fallecidos en el sector agrario, 89 en el sector industrial, 69 en el de la construcción y 218 en el sector servicios.

En el año actual, el 2015, en el periodo enero-julio, se han producido un total de 33 accidentes mortales en el sector agrario, 74 en el sector industrial, 37 en el sector de la construcción y 137 en el sector servicios.

Por ello, podemos deducir que con claridad el sector donde se produce un mayor número de accidentes de trabajo mortales es el de servicios, ya que en el último lustro suman un total de 1290 fallecidos, lo que supone que el fallecimiento en este sector, si sumamos todas las tipologías, que ascienden a 2685, tenga un porcentaje del 48.04%.



c) Fallecimiento por tipologías de accidentes.

Otro dato que puede refutar la idea que plantea este trabajo es si nos centramos únicamente en los accidentes de trabajo que tuvieron como resultado el fallecimiento del trabajador.

Durante el año 2010, se produjeron un total de 556 accidentes mortales, si sumamos todos los valores obtenidos, siendo 63 en los choques o golpes contra objetos inmóviles, 63 accidentes mortales en choques o golpes contra objetos móviles, 68 fallecimientos por contacto con agentes materiales cortantes, punzantes o duros, 216 fallecimientos por infarto de miocardio, derrame cerebral y otras patologías no traumáticas, 93 fallecimientos por accidente de tráfico y 53 fallecimientos por otras causas. En términos porcentuales, la mortalidad producida por el infarto de miocardio y otras causas no traumáticas es del 38.84% si nos centramos exclusivamente en la mortalidad.

Durante el año 2011, se produjeron un total de 520 accidentes mortales, 48 menos que el año anterior, pero si sumamos todos los valores obtenidos, siendo 50 en los choques o golpes contra objetos inmóviles, 77 accidentes mortales en choques o golpes contra objetos móviles (14 más que en el periodo anterior), 65 fallecimientos por contacto con agentes materiales cortantes, punzantes o duros, 197 fallecimientos por infarto de miocardio (dato positivo, al haber 19 fallecimientos menos que en 2010), derrame cerebral y otras patologías no traumáticas, 87 fallecimientos por accidente de tráfico y 44 fallecimientos por otras causas. En términos porcentuales, la mortalidad producida como consecuencia del infarto de miocardio y otras causas no traumáticas es del 37.88% si nos centramos exclusivamente en la mortalidad, lo que supone un descenso porcentual respecto al año 2011 de casi un punto (0.96%).

Durante el año 2012, se produjeron un total de 444 accidentes mortales, 76 menos que el año anterior, pero si sumamos todos los valores obtenidos, siendo 56 en los choques o golpes contra objetos inmóviles, 32 accidentes mortales en choques o golpes contra objetos móviles (45 menos que en el periodo anterior), 56 fallecimientos por contacto con agentes materiales cortantes, punzantes o duros, 171 fallecimientos por infarto de miocardio (dato positivo, al haber 26 fallecimientos menos que en 2010), derrame cerebral y otras patologías no traumáticas, 78 fallecimientos por accidente de tráfico y 51 fallecimientos por otras causas.

En términos porcentuales, la mortalidad producida por el infarto de miocardio y otras causas no traumáticas es del 38.51% si nos centramos exclusivamente en la mortalidad, lo que supone un incremento porcentual respecto al año 2011 de más de tres puntos (3.14%).

En el año 2013, se produjeron un total de 432 accidentes mortales, 12 menos que el año anterior, pero si sumamos todos los valores obtenidos, siendo 38 en los choques o golpes contra objetos inmóviles, 32 accidentes mortales en choques o golpes contra objetos móviles, 42 fallecimientos por contacto con agentes materiales cortantes, punzantes o duros, 202 fallecimientos por infarto de miocardio, derrame cerebral y otras patologías no traumáticas(31 fallecidos más), 81 fallecimientos por accidente de tráfico y 37 fallecimientos por otras causas.

Estos datos, denotan el peor porcentaje en lo que llevamos de lustro, ya que casi la mitad de las muertes producidas fueron como consecuencia de infarto de miocardio y otras causas no traumáticas (46.75%) si nos centramos exclusivamente en la mortalidad, lo que supone un incremento porcentual respecto al año 2012 del 8.24%.

Durante el año 2014, se produjeron un total de 454 accidentes mortales, 22 más que el año anterior, pero si sumamos todos los valores obtenidos, siendo 45 en los choques o golpes contra objetos inmóviles, 25

accidentes mortales en choques o golpes contra objetos móviles, 82 fallecimientos por contacto con agentes materiales cortantes, punzantes o duros, 210 fallecimientos por infarto de miocardio, derrame cerebral y otras patologías no traumáticas, 66 fallecimientos por accidente de tráfico y 26 fallecimientos por otras causas. En términos porcentuales, la mortalidad producida por el infarto de miocardio y otras causas no traumáticas es del 46.25% si nos centramos exclusivamente en la mortalidad.

Por último, durante el año actual, desde enero hasta julio de 2015, se han producido un total de 281 accidentes mortales. Si sumamos todos los valores obtenidos, siendo 26 en los choques o golpes contra objetos inmóviles, 44 accidentes mortales en choques o golpes contra objetos móviles, 37 fallecimientos por contacto con agentes materiales cortantes, punzantes o duros, 119 fallecimientos por infarto de miocardio, derrame cerebral y otras patologías no traumáticas, 33 fallecimientos por accidente de tráfico y 15 fallecimientos por otras causas. En lo referente a la mortalidad producida por el infarto de miocardio y otras causas no traumáticas es del 42.34%.

d) Distribución de la mortalidad por infarto de miocardio según CC.AA.

Por último, cabría destacar el número de accidentes de trabajo producidos como consecuencia de infartos de miocardio, derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas por Comunidades Autónomas, para conocer cuáles tienen el mayor o menor número de casos. En el año 2010, como es de esperar, las Comunidades autónomas con mayor densidad de población demuestran un mayor número de sucesos, como es el caso de Andalucía, con 198 accidentes, Cataluña, con un total de 91 accidentes y Madrid, con un total de 138 casos. Por el contrario, las Comunidades Autónomas con una menor incidencia son Ceuta, con ningún caso, Melilla, con 2 accidentes y La Rioja, con 8 accidentes.

En el año 2011 el patrón de fallecimientos como consecuencia de accidentes de trabajo por infarto de miocardio, derrames cerebrales y otras lesiones no traumáticas, sigue siendo el mismo, siendo las CCAA con mayor número de fallecimientos Andalucía, Cataluña y Madrid y las que menos Ceuta, Melilla y La Rioja. En este periodo destaca el hecho de que las CCAA con un mayor aumento de fallecimientos es el caso de Asturias, con un incremento de 21 fallecidos respecto al año anterior, mientras que la CCAA con un mayor descenso de fallecimientos es Andalucía, con un descenso de 37 casos.

En el año 2012 al patrón de fallecimientos como consecuencia de accidentes de trabajo por infarto de miocardio, derrames cerebrales y otras lesiones no traumáticas, sigue siendo el mismo, siendo las CCAA con mayor número de fallecimientos Andalucía, Cataluña y Madrid y las que menos Ceuta, Melilla y Navarra. En este periodo destaca el hecho de que las CCAA con un mayor aumento de fallecimientos es

el caso de Andalucía, con un incremento de 24 fallecidos respecto al año anterior, mientras que la CCAA con un mayor descenso de fallecimientos es Castilla La Mancha, con un descenso de 11 casos.

En el año 2013 el patrón de fallecimientos como consecuencia de accidentes de trabajo por infarto de miocardio, derrames cerebrales y otras lesiones no traumáticas, sigue siendo el mismo, siendo las CCAA con mayor número de fallecimientos Andalucía, Cataluña y Madrid y las que menos Ceuta, Melilla y La Rioja. En este periodo destaca el hecho de que la CCAA con un mayor aumento de fallecimientos es el caso de la Comunidad Valenciana, con un incremento de 19 fallecidos respecto al año anterior, mientras que la CCAA con un mayor descenso de fallecimientos es de nuevo Andalucía, con un descenso de 17 casos.

Finalmente, en el año 2014 los fallecimientos como consecuencia de accidentes de trabajo por infarto de miocardio, derrames cerebrales y otras lesiones no traumáticas, sigue siendo el mismo, siendo las CCAA con mayor número de fallecimientos Andalucía, Cataluña y Madrid y las que menos Ceuta, Melilla y La Rioja. En este periodo destaca el hecho de que las CCAA con un mayor aumento de fallecimientos es el caso de Cataluña, con un incremento de 17 fallecidos respecto al año anterior, mientras que la CCAA con un mayor descenso de fallecimientos es Asturias, con un descenso de 31 casos.

4. INFARTO DE MIOCARDIO, ¿ACCIDENTE DE TRABAJO O CONTINGENCIA COMÚN? UNA MIRADA A TRAVÉS DE LAS SENTENCIAS DE LA JURISDICCIÓN ESPAÑOLA.

4.1. Introducción.

Como ya se ha dejado entrever al inicio de la presente obra, en lo referente a las decisiones que ha tomado la jurisdicción española sobre la consideración del infarto de miocardio como accidente de trabajo o enfermedad común, existen dos vertientes muy diferenciadas, con posturas muy distantes entre ambas.

De una parte hay una corriente jurisprudencial con una visión más aperturista, que en ocasiones ha considerado que si el trabajador que había padecido con anterioridad al accidente de trabajo un episodio coronario y pese a ello seguía estando capacitado para su profesión habitual, no podía romper el nexo entre el infarto de miocardio y el accidente de trabajo, entendiendo que se cumple el requisito del artículo 115.3 de la Ley General de Seguridad Social sobre el daño corporal durante la prestación de servicios.

En la otra vertiente jurisdiccional, por el contrario, se postula el criterio de que si el trabajador padecía afección cardíaca con anterioridad al accidente, bien sea congénita o de nacimiento, no cumple con el criterio de lesión corporal, por lo que se debe de entender siempre al infarto de miocardio como una enfermedad común, dado que no está incluido en el listado de enfermedades profesionales, por lo que lo consideran contingencia común y por ende, como una contingencia no indemnizable en ningún caso.

Por ello, el presente capítulo va a estar compuesto por sentencias estimatorias como accidente de trabajo y sentencias que declararon su no admisibilidad como accidente de trabajo, con una breve exposición de los fundamentos de derecho en los que se ha basado la jurisprudencia para llegar a tal decisión, así como el fallo de las sentencias.

Se va a diferenciar además sobre si las sentencias tratan de accidentes producidos durante la jornada de trabajo, accidentes de trabajo en misión o bien, si se tratan de accidentes in itinere.

4.2. Sentencias estimatorias del infarto de miocardio como accidente de trabajo.

a) Accidentes durante la jornada de trabajo.

- La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia, Sala de lo Social de A Coruña, STSJ GAL 6733/2015, de 14 de septiembre de 2015, trata sobre el fallecimiento de un trabajador que prestaba sus servicios en un buque pesquero, con categoría profesional de patrón de pesca para una empresa pesquera. El fallecimiento del trabajador se produce en su camarote del barco, mientras dormía, entre la 1 y las 3 de la madrugada, como consecuencia de una **trombosis coronaria en la arteria descendiente posterior con afectación a la pared posterior del ventrículo izquierdo**.

Dado que el fallecimiento del trabajador se produjo mientras dormía, la parte demandante, que en este caso fue la Mutua de accidentes de trabajo con la que la empresa tenía concertadas las contingencias, pretendía romper el nexo de laboralidad de la jornada de trabajo, dado que este se produjo fuera de la jornada laboral y en tiempo de descanso personal.

El Tribunal, en el fundamento de derecho segundo, se basa en dos casos análogos (Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia en sentencias de 29 de abril de 2000 y 29 de marzo de 2004), en los que se defendía la naturaleza especial de los trabajadores del mar, por entender que estos tienen una disponibilidad horaria total, estando en guardia permanente y debiendo de estar en su puesto cuando sean llamados.

Si a ello le añadimos que el trabajador era patrón de barco pesquero, que en palabras literales *"Del Capitán del buque se ha llegado a predicar que «de proa a popa, de babor a estribor y de quilla a cofa es la máxima autoridad después de Dios» y el ejercicio de la misma es poco compatible con su coparticipación: el capitán manda y los demás obedecen o pechan con las consecuencias"*, expuesta por la sentencia del País Vasco, de 26 de abril de 1994, (AS 1496/94), se debe presumir que siempre que los trabajadores del mar prestan sus servicios, están en el transcurso de su jornada de trabajo, por lo que se cumple con el nexo de laboralidad establecido por el artículo 115. f) de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social.

- La **Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social número 726/2013, de 18 de marzo de 2013**, trata sobre un trabajador, con categoría profesional de Oficial de 1ª Siderometalúrgico, en una empresa del sector metalúrgico, que sufre un episodio coronario mientras prestaba sus servicios en la empresa el 15 de Septiembre de 2005, por el que acude al médico de la empresa, quien al observar el cuadro médico le remite a atención sanitaria en el Hospital, siendo el diagnóstico ***“cardiopatía isquémica. Vasculopatía periférica, claudicación intermitente. Isquemia intestinal. Trastorno depresivo”***, por lo que el 12 de enero de 2007 el INSS le reconoce al trabajador una Incapacidad permanente total de su profesión habitual, derivada de contingencia común, con pensión mensual del 55% de su base reguladora, contra la que presenta Reclamación previa para que se declare contingencia derivada de accidente de trabajo, que desestima el INSS con fecha de 24 de abril de 2007.

Ante ello, el trabajador formula demanda con fecha 26 de mayo de 2011 ante el Juzgado de lo Social número 13 de Barcelona, frente al Instituto Nacional de la Seguridad social, Tesorería General de la Seguridad Social, la empresa y la Mutua en reclamación de reconocimiento de

incapacidad permanente total derivada de accidente de trabajo, que es desestimada y posteriormente, el 26 de mayo de 2011, presenta un recurso de suplicación ante la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, que dicta sentencia el 6 de septiembre de 2012 por la cual desestima la pretensión de la parte demandante.

Como consecuencia de ello, el trabajador, a través de su representación legal, presenta un recurso de casación para la unificación de doctrina.

Lo interesante de la sentencia es que corrobora la existencia de dos posturas doctrinales diferentes en lo referente a la existencia de episodios cardíacos anteriores al accidente de trabajo, ya que el Tribunal Supremo, en los fundamentos de derecho de la presente sentencia, establecen que “1º) *la presunción del artículo 84.3 de la Ley General de la Seguridad Social de 1974, hoy 115.3 de la vigente Ley, se aplica no sólo a los accidentes, sino también a las enfermedades que se manifiestan durante el trabajo y 2º) para excluir esa presunción se requiere prueba en contrario que evidencie de forma inequívoca la ruptura de la relación de causalidad entre el trabajo y la enfermedad y para ello es preciso que se trate de enfermedades que "no sean susceptibles de una etiología laboral o que esa etiología pueda ser excluida mediante prueba en contrario", precisándose a estos efectos que, en principio, "no es descartable una influencia de los factores laborales en la formación del desencadenamiento de una crisis cardíaca". Hay que concluir, por tanto, que al presente caso se aplica plenamente la presunción y que ésta desplaza la exigencia de exclusividad del apartado e) del artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social. Por otra parte, no concurre ninguna circunstancia que permita desvirtuar los efectos que se derivan de la presunción, pues, como ya se ha dicho, las lesiones cardíacas no son por sí mismas extrañas a las relaciones causales de carácter laboral, y en el presente caso no hay prueba directa alguna que pueda excluir esa, estamos, en definitiva ante un infarto producido en tiempo y lugar de trabajo, aunque no consta la clase de trabajo que realiza el fallecido, existiendo posibilidad, con arreglo a las máximas de la experiencia que el trabajo contribuya a la aparición del infarto, no rompiendo tampoco el padecimiento anterior de una patología coronaria la presunción, no existiendo por último hecho probado que desvirtué la posibilidad de que el infarto tenga su causa en el trabajo".*

- La **Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, número 7425/2015, con número de Recurso 3402/2011, de 4 de Octubre de 2010**, versa sobre un trabajador que prestaba sus servicios en la empresa Volkswagen Navarra S.A., con categoría profesional de Oficial de 3º. El trabajador cada día utilizaba el servicio de transporte facilitado por la empresa para desplazarse a su centro de trabajo, fichó a las 21:41 horas y se desplazó a los vestuarios para cambiarse de ropa y ponerse los EPIS proporcionados por la propia empresa. Minutos más tarde y antes de dar comienzo en el puesto de trabajo a su actividad laboral, el trabajador fallece como consecuencia de un infarto de miocardio.

Aunque en principio el trabajador no tenía ningún antecedente coronario, en la autopsia que le realizaron para determinar el motivo del fallecimiento descubrieron que antiguamente había sufrido un infarto en punta del corazón con miocardioesclerosis y arterioesclerosis coronaria y aórtica y que padecía cardiomegalia secundaria a una hipertensión no tratada o a una degeneración esclerótica de las fibras miocárdicas.

Por ello este caso resulta muy interesante, dado que se enfrentan dos factores que tradicionalmente han quebrantado lo especificado en el artículo 115.3 LGSS, concretamente la existencia de episodios de enfermedad anteriores al accidente de trabajo y el tiempo y lugar de trabajo.

En lo referente a la existencia de un episodio cardíaco anterior, el Tribunal Supremo estableció que para el caso era irrelevante, dado que en un reconocimiento médico al suceso, se había establecido que las posibilidades que tenía el trabajador de sufrir una afección cardíaca eran del 5%, por lo que *"el juego de la presunción haría irrelevantes los factores de riesgo previos que no sirven para romper aquélla pues lo decisivo es el infarto mismo y no la eventual propensión a la lesión cardiaca del fallecido"*²³.

Respecto al tiempo de trabajo, resultó de especial importancia que el trabajador recibía un plus de puntualidad en su nómina, que podía perder en caso de no estar presente en su puesto de trabajo a las 10 de la noche. Si a ello le sumamos que el trabajador había fichado con anterioridad al accidente de trabajo y que se estaba poniendo el vestuario de trabajo y los EPIS facilitados por la empresa, motivo de sanción en caso de incumplimiento según recoge el Convenio Colectivo de la empresa, llevó al Tribunal a decidir que el accidente se produjo durante la jornada de trabajo, por lo que el fallo fue a favor de la parte demandante.

²³ STS 22/12/2010, RCU 719/2010, FD Segundo

b) **Accidentes in itinere.**

- La **Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social STS 710/2001, con número de recurso 2122/200, de 5 de febrero de 2001**, trata sobre el fallecimiento de un trabajador, como consecuencia de una **parada cardiorrespiratoria y de un infarto agudo de miocardio**, mientras el trabajador se encontraba en un bar tomando un café antes de desplazarse a su lugar de trabajo. En el momento del fallecimiento, el trabajador se encontraba en una situación de expediente de regulación de empleo que afectaba a la empresa donde prestaba servicios y pese a que el bar donde se produjo el óbito no estaba situado en el camino que tenía el trabajador desde su domicilio hasta el lugar de trabajo, no impidió la calificación de accidente in itinere. Quizás, en el caso presente, sí tuvo consideración de accidente de trabajo motivado por el hecho de que la empresa le adeudaba cantidades salariales al trabajador y, aunque no haya reflejo sobre ello en la sentencia, pudo tener que ver el factor del stress producido como consecuencia de los impagos con el fallecimiento del trabajador.
- La **Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social STS 5736/2000, con recurso número 3303/2000, de 11 de julio del año 2000**. El fallecimiento del trabajador, que prestaba servicios como mecánico de una empresa pesquera, se produjo cuando este se desplazaba desde su domicilio habitual para arreglar un vehículo de la empresa, por lo cual, al deberse el desplazamiento a una llamada realizada por la empresa, se entendió que debía estar amparada la situación según lo regido por el artículo 115 LGSS, más concretamente por el art. 115.2.b) LGSS, que extiende la consideración de accidente de trabajo al accidente in itinere que sufra el trabajador al ir o volver del lugar de trabajo. Además, en el caso presente, también se hace referencia al art. 115.2.c) que también considera accidentes de trabajo "los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de la órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa" ; y al art. 115.3 LGSS, que presume "salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo".

“Ha de tenerse en cuenta, en fin, que no consta en el relato de hechos probados ningún dato que desvirtúe en el caso la presunción de laboralidad de los accidentes o dolencias surgidos en el tiempo y lugar de trabajo, y que, por el contrario, de acuerdo con el propio relato fáctico, los primeros síntomas de la dolencia cardíaca origen del litigio se manifestaron en el tiempo y lugar de trabajo habituales del trabajador”.

- La **Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social STS 10671/1995, de fecha 24 de junio de 1995**. Trata sobre un trabajador que mientras se dirigía en su vehículo particular al lugar donde prestaba servicios, sufrió un dolor en el pecho, que aumentó progresivamente, por lo que posteriormente fue trasladado al hospital por el médico de la empresa, donde le diagnosticaron un infarto de miocardio.

Según el modo de entender del Tribunal, pese a que el trabajador había empezado a sufrir dolencias cardíacas antes de entrar a trabajar, el episodio crítico que determina la hospitalización del trabajador sucede en el lugar de trabajo, por lo cual se debe de respetar el hecho de que sea un accidente in itinere al existir un nexo entre la lesión y el trabajo.

c) **Accidentes en misión.**

- La **Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social STS 4792/2010, con número de recurso 4049/2009, de 22 de julio de 2010**, trata sobre un trabajador que prestaba sus servicios como conductor de camión, que mientras se encontraba realizando su servicio de transporte, falleció mientras estaba tumbado en la cabina del camión con motivo de una **muerte súbita producida por isquemia miocárdica-arritmia cardíaca-asistolia, causada por arteriosclerosis coronaria y cardiopatía dilatada**, por lo que la parte actora presentó un recurso de casación para la unificación de la doctrina, para intentar que la calificación del óbito fuera de accidente de trabajo en misión.

En los fundamentos de derecho, el Tribunal Supremo estableció que en virtud de la doctrina existente sobre el accidente en misión, debe de existir el desplazamiento del trabajador para realizar una actividad encomendada por la empresa, que tiene un nexo con la realización del trabajo en el que consiste la misión. Por tanto, no puede considerarse que “se hubiere producido ruptura del nexo causal entre trabajo y daño corporal con resultado de muerte, porque sucede a bordo del camión, y aunque acostado, con presencia y disponibilidad plena en el propio puesto de trabajo”, dado que existe presunción de laboralidad entre la enfermedad surgida, haya tenido

o no algún episodio de tal enfermedad con anterioridad y el tiempo y lugar de la prestación de servicios.

- La **Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, STS 7092/2001, con número de recurso 3414/2000**, trata sobre un trabajador que prestaba sus servicios como conductor de autocar cuyas tareas consisten en el transporte de viajeros por diversas rutas europeas, por lo que se trata de un trabajo itinerante que le obliga a hospedarse en diferentes hoteles. El día 4 de junio de 1998, cuando el trabajador se hospedaba en un hotel de Londres tras finalizar su jornada laboral, se empezó a encontrar mal, con fuertes dolores, lo que le llevó a desplazarse a un hospital donde le diagnosticaron **cardiopatía isquémica, infarto agudo de miocardio inferoposterior, enfermedad severa de un vaso**.

Al contrario de otras muchas sentencias, en las que se ha considerado que pese a estar el trabajador en misión, el infarto producido mientras descansaba se produce fuera del horario de trabajo, por lo que no existe nexo de unión entre la lesión y la jornada de trabajo, el Tribunal estimó que *“deberá extenderse tal protección (de la empresa) cuando la prestación de los servicios y sus condiciones y circunstancias impiden al trabajador aquel regreso, y excluyen la necesidad de reintegrarse al lugar de reanudación de las tareas profesionales, porque tal lugar no es abandonado al concluir y, por eso, es innecesario el reintegro, ya que el trabajador "itinerante", como con expresión real le definen los hechos probados, está en ese itinerario desde que abandona su domicilio hasta que vuelve a él, cuando concluye las tareas que tiene encomendadas”*.

4.3. Sentencias desestimatorias de infarto de miocardio como accidente de trabajo.

a) Accidentes durante la jornada de trabajo.

- La **Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social número 2760/2012, del 14 de marzo de 2012, con recurso número 494/2011**, deja patente una vez más las numerosas contradicciones existentes en la jurisprudencia española sobre el infarto de miocardio o cualquier enfermedad cardíaca producida durante el tiempo y jornada de trabajo.

Tal y como hemos visto en la **STS 7425/2012**, el Tribunal Supremo decidió que el infarto producido en los vestuarios de la empresa, debía de ser considerado Accidente de trabajo por entender que este se producía en tiempo de trabajo y por ende, cumpliendo la presunción del artículo 115.3 LGSS.

La sentencia con la que trabajamos ahora trata sobre un caso análogo, en el que un trabajador, tras salir del vestuario para ponerse la ropa de trabajo, cuando iba a comenzar su jornada habitual, le comenta a un compañero que sentía un dolor en el costado izquierdo, por lo que fue trasladado a un centro médico en el que se le diagnosticó un **episodio de parada cardiorrespiratoria**.

Si bien es cierto que el Tribunal establece que en su doctrina ha admitido que los vestuarios de las empresas tienen la consideración de lugar de trabajo, el problema que presenta el caso es el de la jornada de trabajo, estableciendo que solo puede considerarse accidente de trabajo los casos en los que el trabajador se encuentra ya en su puesto de trabajo, en la que se presume que se ha comenzado a realizar alguna actividad o esfuerzo, bien sea físico o intelectual, por lo que al suceder el episodio cardíaco en el vestuario, no puede entenderse que haya dado comienzo su actividad laboral.

- Una sentencia que resulta tanto menos peculiar es la **Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social STS 876/2007, con número de recurso 3599/2005, de 25 de enero de 2007**, que trata sobre un trabajador que presta sus servicios en una empresa dedicada a la fabricación de herramientas, con categoría profesional de especialista en el esmerilado de la línea de martillos. Mientras el trabajador estaba in situ en su puesto de trabajo (por lo que estaba tanto en lugar como tiempo de trabajo), comenzó a sentir un dolor tanto en el brazo como en el pecho, que le llevó a examinarse con el médico de la empresa. Éste, al examinarle, diagnosticó **opresión precordial y dolor irradiado a brazo izquierdo con signos evidentes de angina inestable**, de origen desconocido, por lo que avisó a una ambulancia para su traslado a un hospital. Esta situación le obligó a estar en situación de IT con fecha 6 de septiembre de 2000.

Reanuda el trabajo el 19 de febrero de 2001, para dos días después, también durante la jornada, vuelve a presentar el mismo dolor torácico, que hizo que necesitara asistencia sanitaria del médico de la empresa, que prescribe un nuevo ingreso hospitalario con diagnóstico de "**dolor precordial de dudoso origen coronario**", del que recibe el alta el día 15 de abril. Los dos periodos de baja laboral obtuvieron por parte del Juzgado de lo Social la consideración de accidente de trabajo.

Dada la cercanía de las fechas, por tanto, estamos ante un claro caso de enfermedad intercurrente, recogido en el art. 115.2.g) LGSS, dado que existe una relación de causalidad inmediata entre el accidente de trabajo inicial y la enfermedad derivada del proceso patológico. Además, también cumple con los requisitos contenidos en el art. 128.2 LGSS sobre las recaídas (el art. 131 bis LGSS establece que existe recaída en un mismo proceso cuando se produzca una nueva baja por

la misma patología dentro de los 180 días naturales a la fecha de efectos del alta médica anterior), al tratarse de un proceso de incapacidad precedido de alta, antes de que transcurran los 180 días naturales, producida por la misma enfermedad.²⁴

El problema del caso surge en que posteriormente a lo desarrollado, el día 4 de noviembre de 2002, más de un año y medio después, por lo que no entraría ya en consideración de enfermedad intercurrente, y sin tener relación alguna ni con el tiempo ni con el lugar de trabajo, vuelve a padecer otro proceso coronario, siendo diagnosticado de "angina inestable" y la lesión calificada administrativamente como enfermedad común.

En el último proceso, la aseguradora le deniega el reconocimiento de Incapacidad Permanente absoluta, a lo que el trabajador se opone y presenta denuncia ante el Juzgado de lo Social, que le da la razón, por lo que presenta recurso de suplicación ante el Tribunal Superior de Justicia. La Mutua en desacuerdo presenta Recurso de Suplicación ante la Sala del País Vasco, obteniendo una estimación parcial, dado que para el Tribunal, se debía de tratar de una enfermedad derivada de enfermedad común, dado que la afección cardíaca que se juzga es la última y no existe nexo entre la enfermedad y el trabajo.

Finalmente, el trabajador y sus representantes legales presentan un recurso de casación para la unificación de la doctrina ante el Tribunal Supremo, Sala de lo Social, que desestiman: “igualmente puede suceder, como parece acontecer en el caso enjuiciado, que la primera calificación derive exclusivamente de la presunción legal no destruida. Y si ello es así, un segundo incidente patológico, incluso de la misma naturaleza cardíaca que el primero, pero que, al no producirse durante el tiempo y en el lugar del trabajo, ya no puede beneficiarse de la presunción legal, no puede ser calificado como accidente de trabajo”.²⁵

²⁴ Gorelli Hernández, J., Vílchez Porras, M., Álvarez Alcolea, M., Luis de Val Tena, A., Gutiérrez Pérez, M., Lecciones de Seguridad Social, quinta edición. Madrid. Editorial Tecnos. Barcelona.

²⁵ Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social STS 220/2011, con número de recurso 3558/2009, del 18 de enero de 2011.

- La **Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social STS 7890/2004, con número de recurso 6052/2003, de 3 de diciembre de 2003**, que trata sobre un trabajador del Sistema de Salud andaluz como ATS, que durante su jornada laboral sufre un **infarto de miocardio**, que tuvo consideración de accidente de trabajo. Posteriormente y una vez dado de alta, tras realizar un turno de guardia en su lugar de trabajo, es encontrado fallecido en un parque cercano como consecuencia de una “**cardiopatía isquémica coronaria por infarto antiguo y arterioesclerosis coronaria severa y que existe una relación de causalidad directa en el mecanismo de la muerte, entre la cardiopatía isquémica crónica y el infarto antiguo**”, según recoge el informe de la autopsia.

Dado que como figura en la autopsia estamos ante un fallecimiento ocasionado por una afección coronaria de la que existe una relación directa con la primera lesión, ocurrida en tiempo y lugar de trabajo, sería lógico que existiera un nexo de unión entre ambos sucesos y se considerase accidente de trabajo, ya que según el art. 115.2.g): *Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.*

Pues el Tribunal no lo estimó así, ya que a su entender, al tratarse de dos episodios cardiovasculares distintos y el último no tener relación con el tiempo y lugar de trabajo, no puede ser considerado accidente de trabajo y además, porque los infartos de miocardio súbitamente aparecidos deben de ser considerados enfermedad común.

b) Accidentes in itinere.

- La **Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social STS 220/2011, con número de recurso 3558/2009, del 18 de enero de 2011**, versa sobre un trabajador que había fallecido como consecuencia de un **edema agudo de pulmón, con insuficiencia respiratoria por causa fundamental de insuficiencia cardíaca**, mientras este se desplazaba a la calle donde tenía aparcada la furgoneta del reparto.

El trabajador ejercía las funciones de visitador como jefe de ventas para repuestos de vehículos, en horario laboral de 9 a 13:30 y de 16 a 20:30 horas, falleciendo a las 7:05 horas.

Por ello, la parte actora demandante reclamó a la Mutua de accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social que el fallecimiento fuera considerado como accidente de trabajo *in itinere*, siendo esta solicitud descartada por la Mutua por entender que el óbito del trabajador no cumplía los requisitos necesarios para su consideración como accidente de trabajo, dado que este se produjo como consecuencia de una enfermedad común. Ante tal decisión, la parte demandante presentó ante el juzgado de lo Social número 3 de Murcia demanda para obtener la consideración de accidente de trabajo, que fue desestimada, por lo que posteriormente la parte actor presentó recurso de Suplicación ante la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, que declaró que sí existía accidente de trabajo en el caso citado.

Como consecuencia de ello, la Mutua presentó recurso de casación para la unificación de doctrina. Según el Tribunal Supremo, consiste en determinar si el fallecimiento del trabajador tuvo como origen común o profesional.

Para la Mutua, no existe nexo causal entre el fallecimiento del trabajador y el trabajo, por lo que no cabría la calificación de accidente *in itinere*, alegando la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, de 30 de mayo de 2003 en el recurso 1639/2002, según la cual no era considerado accidente *in itinere* al *“no existir nexo de causal entre el infarto y el trabajo y que la presunción legal en favor de la existencia de ese nexo no jugaba en los supuestos de accidente de trabajo “in itinere””*.

Según la doctrina de esta Sala, para que exista un accidente de trabajo *in itinere* debe de existir lesiones que se produzcan al trabajador en el tiempo y lugar del trabajo, haciendo una extensión del artículo 115.3 LGSS, limitándose exclusivamente a las lesiones súbitas y violentas producidas por un agente externo, por lo que al producirse el fallecimiento del trabajador fuera de su jornada laboral, impide su calificación como accidente de trabajo, al no poder presumirse la existencia de un nexo causal entre el fallecimiento del causante y el trabajo, ya que esa presunción juega sólo con relación a los acaecidos en el tiempo y en el lugar del trabajo: *“la calificación como laboral de los accidentes “in itinere” sólo procede con respecto a los accidentes en sentido estricto, pero no con relación a los procesos morbosos de distinta etiología y manifestación”*.

- La **Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, STS 4668/2004, con recurso número 4211/2003, de 30 de junio de 2004**. Según lo reflejado en la Sentencia, un trabajador que prestaba servicios como conductor por cuenta ajena para la empresa Renault Vehículos industriales S.A., con inicio de jornada a las 6:45 horas, que se dispuso a salir de su casa, momento en el que se

sintió indispuesto, por lo que decidió volver a casa, donde posteriormente falleció como consecuencia de un **infarto de miocardio sobre las 6:30**.

El trabajador, pese a que no tenía ninguna dolencia cardíaca anterior al suceso, como demostró la parte demandante por medio de los reconocimientos médicos que le habían sido realizados por la empresa, no tuvo por parte del Tribunal la consideración de accidente de trabajo in itinere, dado que a su modo de entender, la presunción establecida por el artículo 115.3 LGSS solo opera con los accidentes producidos en tiempo y lugar de trabajo, por lo que estiman que no existe relación entre que permita establecer el nexo de unión entre una afección cardíaca y el trabajo y más cuando en el camino al trabajo no se produjo ningún factor desencadenante que produjese el infarto.

A pesar de cumplirse los requisitos del artículo 115.3 LGSS, que se han venido citando con anterioridad, y cumplirse en el presente caso la existencia de un accidente en sentido estricto, con lesiones súbitas y violentas, dado que se produjo un accidente de tráfico, el Tribunal no consideró que se tratase de un accidente de trabajo in itinere, dado que el motivo real del fallecimiento del trabajador fue el infarto de miocardio y no el accidente de tráfico posterior, por lo que no existe relación entre el trabajo y la lesión para calificar como laboral el accidente.

- La **Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social STS 3692/2003, con recurso número 1639/2001, de 30 de mayo de 2003**, trata sobre el fallecimiento de un trabajador que desarrollaba las funciones de conductor mecánico, como consecuencia de un **accidente de tráfico provocado por un infarto de miocardio** mientras conducía su vehículo hacia el lugar donde estaba aparcado el vehículo de la empresa con el que estaba trabajando, cumpliendo las órdenes que le había dado la empresa sobre donde estacionar el vehículo.

No fue considerado como accidente in itinere debido a que para el Tribunal, el origen primero y fundamental del óbito es el infarto de miocardio y no la salida de la calzada causante del accidente de tráfico, por lo que al no existir un vínculo de laboralidad entre el infarto de miocardio y el infarto, faltando con ello la prueba necesaria para tal consideración.

c) **Accidentes en misión.**

- En la **Sentencia del Tribunal Superior de Justicia, Sala de lo Social de A Coruña STSJ Gal, 7714/2015, del 14 de octubre de 2015**, estamos ante un caso de Recurso de suplicación de la parte demandante, que tiene su motivación en el fallecimiento por **infarto de miocardio** del

marido de la demandante, mientras prestaba sus servicios para la empresa de instalación de equipos eólicos.

En el momento del fallecimiento, el trabajador se encontraba desplazado en un parque eólico de Burgos, falleciendo en la habitación del hotel donde estaba hospedado, como consecuencia de una **cardiopatía isquémica con rotura cardíaca derivada de la arterioesclerosis coronaria que padecía**. Su horario de trabajo era de 8 a 17,30 y cobraba un plus de disponibilidad al estar en esta situación las 24 horas, por lo que el fallecimiento, que se produjo a la 1 de la madrugada en la habitación del hotel, se podía presuponer que fue durante su jornada laboral.

En los fundamentos de derecho de la sentencia, el tribunal hace referencia a la doctrina jurisprudencial sobre el accidente de trabajo en misión²⁶, aceptada como una modalidad específica de accidente de trabajo en la que se produce el desplazamiento del trabajador para realizar una labor encomendada por la empresa. Por lo tanto, el presente caso cumple con los requisitos suficientes para entender que el fallecimiento del trabajador se podría considerar como un accidente de trabajo en misión, con resultado del fallecimiento.

Sin embargo, el principal problema al que se enfrenta la parte demandante es al hecho de que el fallecimiento se produjo como consecuencia de un infarto de miocardio, ya que si bien entiende la jurisprudencia que no se debe de romper el nexo de presunción de laboralidad, deben de descartarse los periodos de descanso o actividades de carácter privado²⁷.

En un caso análogo al que estamos tratando, se produjo el fallecimiento de un directivo de una empresa mientras se hospedaba en una habitación de hotel, el infarto de miocardio sobrevino como consecuencia del stress laboral al que estaba sometido, con lo cual no se pudo quebrantar el nexo trabajo e infarto de miocardio.

Por lo comentado anteriormente, al no estar presente el factor del stress del trabajador y entender que el fallecimiento se sobrevino durante el periodo de descanso del trabajador, el fallo del Tribunal desestimó la pretensión de accidente laboral formulada por la parte demandante.

²⁶ Sentencias del Tribunal Supremo de 24 de septiembre de 2001 (RJ 2002 ,/ 8595) , 6 de marzo de 2007 (RJ 2007, 1867) y 8 de octubre de 2009 (RJ 2009, 5666)

²⁷ (STS de 4-5-98 (RJ 1998, 4091))

- El **Tribunal Supremo, Sala de lo Social, STS 2121/2015, del 20 de abril del 2015**, trata el caso de un trabajador fallecido como consecuencia de un **infarto de miocardio**, cuando este descansaba en la habitación de su hotel, mientras se encontraba en servicio realizando la ruta ferroviaria Córdoba-Algeciras-Córdoba. El trabajador prestaba servicios para la empresa Renfe Operadora, con categoría profesional de revisor.

En una primera sentencia, con fecha de 16 de marzo de 2012, el Juzgado de lo Social de Córdoba dictó sentencia positiva para la parte demandante, por lo que al estimar la demanda declara el derecho a percibir una pensión de orfandad derivada de accidente de trabajo. Posteriormente, la Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la seguridad, presenta por medio de su letrada un recurso de suplicación, dictando sobre ello sentencia la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, con fecha 10 de octubre de 2013, en la que estiman el recurso presentado por la Mutua.

Ante ello, la letrada que representa a D. Salvador y su sobrino, presenta recurso de casación para unificación de la doctrina con fecha de 21 de junio de 2014.

Basándose en la jurisprudencia existente por analogía, el Tribunal estima que existían suficientes casos para entender que el fallecimiento se había producido durante el tiempo de descanso del trabajador, por lo que no cabe la consideración como accidente de trabajo, al no existir el nexo de lesión corporal y jornada de trabajo, por lo que desestiman el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por la representación letrada.

- La sentencia que tratamos ahora es una de las más importantes en lo referente al accidente de trabajo en misión, dado que se ha referido la jurisprudencia en numerosas ocasiones con motivo de unificación de la doctrina para desestimar la consideración de accidentes de trabajo en misión. Se trata de la **Sentencia STS 6807/2009, con recurso número 1871/2008, de 8 de octubre de 2010**, en la cual se trata el fallecimiento por infarto agudo de miocardio de un trabajador mientras estaba hospedado en un hotel en un viaje de trabajo, siendo la profesión del trabajador la de viajante.

Pese a que el trabajador falleció en el hotel mientras estaba en misión de trabajo, lo que haría plantearnos la posibilidad de que el fallecimiento sea un accidente de trabajo en misión, el Tribunal Supremo no lo entendió así, dado que como viene siendo habitual en el accidente en misión, para el tribunal no existe nexo entre el fallecimiento del trabajador y el tiempo y lugar de trabajo, dado que el óbito se produjo en las horas de descanso, a lo que si le añadimos que el

fallecimiento se produjo como consecuencia de un infarto de miocardio, hace que se extraiga el factor causante del accidente en sentido estricto.

4.4. Conclusiones sobre las sentencias. ¿Necesidad de unidad jurisprudencial?

Como ya se había ido diciendo en la introducción de este trabajo, tal y como David Remigia Pellicer Establece en su obra “Infarto y Accidente de trabajo”, existen en España dos corrientes jurisprudenciales que evidencian dos posturas claramente diferenciadas sobre la consideración del accidente de trabajo del infarto de miocardio.

Pese a que ambas doctrinas del Tribunal Supremo parten de los mismos articulados de nuestra legislación, de entre los que destaca el 115 de la Ley General de la Seguridad Social, para abordar el nexo entre el accidente de trabajo y el tiempo y lugar de trabajo, las sentencias que adoptan son cuanto menos dispares, lo que no contribuye en absoluto a crear una doctrina jurisprudencial unificada, y eso pese a que la mayoría de las sentencias citadas tienen como finalidad la unificación de la doctrina jurisprudencial, que evidentemente no existe, como se va a ver en la siguiente tabla, que contrasta las dos corrientes en función del motivo señalado para aceptar o no aceptar al infarto de miocardio como accidente de trabajo y por ende, otorgar o bien a los propios trabajadores afectados o a sus supervivientes una prestación por contingencias profesionales o por contingencias comunes. Por ello, considero necesario una urgente unificación de la doctrina con la finalidad de acrecentar la seguridad jurídica en casos de infarto de miocardio.

Motivación	El infarto como contingencia profesional (Sí Accidente de trabajo)	El infarto como contingencia común (No accidente de trabajo).
Tiempo y lugar de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre que el trabajador presta sus servicios, es accidente de trabajo. • Los primeros síntomas de la dolencia cardíaca origen del litigio se manifestaron en el tiempo y lugar de trabajo habituales del trabajador. • No puede considerarse que “se hubiere producido ruptura del nexo causal entre trabajo y daño corporal con resultado de muerte, porque sucede a bordo del camión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al no existir nexo de causal entre el infarto y el trabajo y que la presunción legal en favor de la existencia de ese nexo no jugaba en los supuestos de accidente de trabajo "in itinere". • Para que exista un accidente de trabajo in itinere debe de existir lesiones que se produzcan al trabajador en el tiempo y lugar del trabajo, limitándose exclusivamente a las lesiones súbitas y violentas producidas por un agente externo, por lo que al producirse el fallecimiento del trabajador fuera de su jornada laboral, impide su calificación como accidente de trabajo
Lesiones cardíacas.	<ul style="list-style-type: none"> • Las lesiones cardíacas no son por sí mismas extrañas a las relaciones causales de carácter laboral. • El juego de la presunción haría irrelevantes los factores de riesgo previos que no sirven para romper aquélla pues lo decisivo es el infarto mismo y no la eventual propensión a la lesión cardíaca del fallecido 	<ul style="list-style-type: none"> • Un segundo incidente patológico, incluso de la misma naturaleza cardíaca que el primero, pero que, al no producirse durante el tiempo y en el lugar del trabajo, no puede ser calificado como accidente de trabajo. • Los infartos de miocardio súbitamente aparecidos deben de ser considerados enfermedad común.

Motivación	El infarto como contingencia profesional (Sí Accidente de trabajo)	El infarto como contingencia común (No accidente de trabajo).
Accidente producido en vestuarios.	<ul style="list-style-type: none"> El trabajador había fichado con anterioridad al accidente de trabajo y se estaba poniendo el vestuario de trabajo y los EPIS facilitados por la empresa 	<ul style="list-style-type: none"> Sólo puede considerarse accidente de trabajo los casos en los que el trabajador se encuentra ya en su puesto de trabajo, en la que se presume que se ha comenzado a realizar alguna actividad o esfuerzo, bien sea físico o intelectual.
Accidente producido en un hotel.	<ul style="list-style-type: none"> Deberá extenderse tal protección (de la empresa) cuando la prestación de los servicios y sus condiciones y circunstancias impiden al trabajador aquel regreso, y excluyen la necesidad de reintegrarse al lugar de reanudación de las tareas profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> No cabe la consideración como accidente de trabajo, al no existir el nexo de lesión corporal y jornada de trabajo. El fallecimiento se produjo como consecuencia de un infarto de miocardio, hace que se extraiga el factor causante del accidente en sentido estricto

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A tenor de lo descrito en la presente obra, cuya principal intención era la de constatar que el infarto de miocardio genera una problemática laboral de tal calibre que hace necesaria una revisión doctrinal y legislativa, considero que se ha cumplido con creces, dado que como hemos podido comprobar por lo expuesto, la incidencia de la mortalidad como consecuencia de accidentes de trabajo es considerablemente alta, tanto que estamos ante el principal factor de riesgo de mortalidad para la salud de los trabajadores españoles.

Posiblemente si hubiéramos tomado como punto de partida una visión geográfica más amplia, hubiéramos podido constatar que el infarto de miocardio es, sino la principal causa de mortalidad en el mundo, uno de los principales causantes de morbilidad laboral, pero únicamente he preferido enfocar nuestra mirada hacia donde más nos puede interesar, que es el mercado laboral español.

Considero también que se ha demostrado que tal y como está configurado el sistema laboral español, en lo referente a la turnicidad y nocturnidad, supone un agravante para la salud de los trabajadores españoles, ya que por norma general, llevan anejos una serie de factores de riesgo interrelacionados en la salubridad de tales personas, como puede ser el nexo de unión de la turnicidad y nocturnidad con los propios hábitos de vida del trabajador aquejado por una enfermedad cardiovascular (hábitos como el de beber y fumar), el stress que puede producir a la persona los cambios de turno semanales o los factores psicosociales provocados por el entorno laboral. Aunque para mí, lo más preocupante de ello es que como ha demostrado el estudio realizado sobre los trabajadores nocturnos, el cuerpo humano ve cambiado su ritmo biológico, con la influencia de lo denominado ritmos circadianos que consisten en la relación entre factores como el ritmo cardíaco, la presión arterial y los ciclos de vigilia del organismo en lo referente al sueño, provocando un aumento de la hormona del stress que puede ser un detonante para las enfermedades coronarias, pudiendo acrecentar el daño causado a una patología ya existente, creando una nueva o lo que es peor, generar un episodio fatídico para la salud de los trabajadores, llegando en numerosas ocasiones, demasiadas en mi opinión, al fallecimiento del trabajador.

Pues bien, una vez que hemos ido viendo que el infarto de miocardio es un factor de riesgo laboral que debería de ser tenido en cuenta en nuestro mercado laboral, no parece lógico que exista tal dimensión de contradicciones entre la jurisprudencia española.

Como se ha ido desarrollando, para poder definir al infarto de miocardio como accidente de trabajo, se deben de cumplir los requisitos que expone el artículo 115 y siguientes de la Ley General de la Seguridad Social, que se pueden resumir sencillamente en que a pesar de existir la presunción de laboralidad y que

para romper el nexo del accidente cardiovascular (en el caso que nos interesa), opera la presunción iuris tantum por la cual deben demostrar que no existe nexo entre el accidente de trabajo y el lugar y tiempo de trabajo. Si a ello le añadimos que actualmente el infarto de miocardio está encuadrado en las denominadas enfermedades comunes pese a existir una lista cerrada de enfermedades profesionales, genera una situación de indefensión económica para o bien los propios trabajadores, que en muchas ocasiones si sobreviven tienen que solicitar una incapacidad permanente total del Sistema de Seguridad Social o bien para los supervivientes, en relación a las pensiones y prestaciones referentes a muerte y supervivencia, ya que los porcentajes de la base reguladora establecidos para una contingencia común y los establecidos para una contingencia profesional difieren en una cantidad económica considerable²⁸:

- En lo referente a la incapacidad permanente total, en caso de derivarse de accidente de trabajo o enfermedad profesional, la base reguladora se calcula sobre los salarios reales percibidos en el año anterior al accidente o manifestación de la primera enfermedad profesional, teniendo en cuenta los conceptos retributivos cotizables, multiplicando para ello el importe del salario diario del trabajador por 365 días, tomándose las gratificaciones o pagas extraordinarias (sean de carácter fijo o voluntario) y los beneficios por su importe total anual, mientras que las retribuciones complementarias deben ser sumadas en su totalidad, dividiéndolo por los días efectivamente trabajados y multiplicado por 273, siendo la base reguladora la suma de los conceptos descritos con anterioridad dividida por doce meses.

Si se trata de enfermedad común, el primer paso es dividir por 112 la base de cotización para contingencias comunes, durante los 96 meses inmediatamente anteriores al mes previo del hecho causante. A la cuantía obtenida se debe aplicar posteriormente el porcentaje que corresponde en función de los años de cotización según la escala prevista para la pensión de jubilación, considerándose cotizados los años que resten al interesado desde la fecha del hecho causante hasta la edad vigente para la jubilación.

- En lo que respecta a la pensión de viudedad, partiendo de la base de que el fallecido no tenía la consideración de pensionista, el porcentaje que cobraría la viuda sería el 52% de la base reguladora, que puede ser elevado al 70% en caso de que se cumplan una serie de requisitos. La base reguladora la obtendríamos dividiendo por 28 la suma de las bases de cotización por contingencias comunes correspondientes a un periodo ininterrumpido de 24 meses, mientras que

²⁸Gorelli Hernández, J., Vilchez Porras, V., Álvarez Alcolea M., del Val Tena, L. y Gutiérrez Pérez, M. “Lecciones de Seguridad Social”. Editorial Tecnos. Quinta edición. 2015. Págs. 245 a 246, 296 a 303.

si se tratase de una contingencia profesional, el cálculo de la base reguladora se realizaría de la misma manera que el correspondiente a la Incapacidad Permanente derivada de accidente de trabajo, con el añadido de poder solicitar una indemnización especial a tanto alzado igual a seis meses de la base reguladora.

- Por último, partiendo del mismo caso que el anterior, la base reguladora para las contingencias comunes se calcula como en la pensión de viudedad, siendo el porcentaje de la base reguladora el 20% por norma general, que puede ser modificado y ampliado, dependiendo de la existencia o no de una pensión de viudedad o de si existen varios huérfanos. En caso de ser considerado accidente de trabajo o enfermedad profesional, percibirá una mensualidad de la base reguladora de la pensión de orfandad, que puede ampliarse a seis meses más en caso de no existir viudo/a.

Así pues, por lo desarrollado con anterioridad, que el accidente de trabajo ocasionado como consecuencia del infarto de miocardio u otras lesiones cardiovasculares sea considerado una contingencia común o profesional, puede generar graves problemas económicos en el ámbito familiar, ya que las pensiones obtenidas por los trabajadores en caso de percepción de una Pensión por Incapacidad permanente total difieren enormemente.

Aún más flagrante puede ser en el caso de las pensiones de muerte y supervivencia, ya que son muchas las ocasiones en las que el fallecido era la única fuente de ingresos familiar, situación que se puede empeorar más si cabe en el supuesto de que el fallecimiento fuera considerado por contingencia común, ya que en caso de no tener un seguro de defunción el fallecido, la familia tendría que hacer frente al importe correspondiente al sepelio, cuya cuantía no resulta baladí. Si le añadimos un posible proceso judicial para tratar que el accidente tenga la consideración de contingencia profesional, que si bien es cierto es gratuito en primera instancia pero que lleva asociado unos gastos de representación letrada (no son obligatorios, pero si realmente tienes pretensión de ganar, es realmente necesario), más los necesarios informes periciales forenses que demuestren el nexo entre el fallecimiento y el tiempo y lugar de trabajo, hace una idea del daño económico que puede ocasionar, motivo por el cual son muchos los casos en los que ni se intenta acudir a la tutela judicial para intentar defender un derecho.

Por todo ello, considero que son necesarias una serie de actuaciones dirigidas al infarto de miocardio, desde una perspectiva puramente legislativa hasta otra perspectiva más dirigida al ámbito que realmente nos puede interesar, que es el de los recursos humanos y la importancia que puede tener nuestra labora para facilitar en la medida de lo posible la integración y protección de trabajadores en riesgo de sufrir un incidente cardíaco.

a) Consideración de enfermedad profesional.

Una de las posibles medidas referentes al infarto de miocardio sería su inclusión como enfermedad profesional, que es aquella contraída a consecuencia del trabajo efectuado por cuenta ajena, en las que se exige una relación de causalidad directa, debiéndose entender que la enfermedad es consecuencia del trabajo.

Pese a que las enfermedades profesionales en nuestro sistema español son de lista cerrada, el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social, en su párrafo segundo, es posible incluir nuevas modalidades de enfermedades profesionales.

Para el caso que nos interesa, no creo que resultase tal situación muy compleja, como consecuencia de los últimos estudios sobre el infarto de miocardio y el trabajo, que vienen a constatar la incidencia que tiene el trabajo en tales enfermedades, que podrían corroborar una casualidad directa con el trabajo, sobre todo teniendo en cuenta la tasa de incidencia que tiene en las lesiones cardiovasculares sobre el mercado laboral español.

b) Análisis del puesto de trabajo y de los riesgos inherentes para el trabajador con afección cardíaca.

Como norma general, las empresas de los trabajadores aquejados de dolencias cardíacas son conocedores de que éstos han padecido tal patología, bien sea por los reconocimientos médicos a los que se ha sometido al trabajador en el servicio de prevención de la empresa o porque los trabajadores han padecido ya algún antecedente cardíaco que les ha llevado a acudir a su propio médico, que en ocasiones les ha llevado a una situación de Incapacidad temporal.

Según lo que establece el artículo 16. 2. a) LPRL, los empleadores de los trabajadores tienen la obligación de realizar, bien de manera inicial o sucesiva, una evaluación de los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores. En el caso de la evaluación sucesiva, que supone la actualización de la inicial, se debe realizar un estudio sobre los factores de riesgo para la salud de los trabajadores que hayan sufrido daños para la salud como consecuencia de una enfermedad²⁹.

Por ello, se deberían de analizar los potenciales riesgos para la salud de los trabajadores, como podría ser lo referente a la turnicidad, evitando cambios de jornada innecesarios y sobre todo, que los trabajadores con antecedentes cardíacos no desempeñen sus funciones en el turno nocturno.

²⁹ Vallejo Dacosta, R., Lafuente Pastor, V.P., “Marco jurídico de la seguridad y salud en el trabajo” Colección textos docentes. Prensas de la Universidad. Universidad de Zaragoza. 2º Edición. 2013.

Además, se debería de analizar todos los riesgos potenciales que pudieran existir en su lugar de trabajo, para adaptarlo en base al trabajador, eliminando cualquier riesgo potencial si es posible o reubicándolo de puesto en caso de no ser posible prevenir los riesgos inherentes a la salud del trabajador.

Finalmente, considero que sería necesario que el trabajador con riesgo de insuficiencia cardíaca nunca desempeñase sus funciones solo, ya que en caso de padecer una crisis cardíaca, podría evitar el fallecimiento del trabajador.

c) Introducción de equipos de reanimación cardiovascular en los centros de trabajo y formación de trabajadores en materia preventiva.

En el infarto de miocardio, una rápida actuación ante una crisis puede suponer la frontera entre la vida y la muerte. El artículo 4.8 LPRL define los equipos de protección individual como cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su salud, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin, debiendo ser estos proporcionados por el empresario, por lo que dentro de esa naturaleza estarían incluidos los equipos de reanimación cardiovascular.

Si bien es cierto que el fallecimiento por lesión cardiovascular en ocasiones es irremediable, como sucede con el caso de las muertes súbitas producidas como consecuencia de procesos isquémicos, existen otras muchas ocasiones en los que una correcta reanimación puede salvar la vida del trabajador.

Para una mejor atención ante las posibles urgencias producidas como consecuencia del infarto de miocardio, se debería de dotar a trabajadores, en un número variable dependiendo del tamaño del centro de trabajo, de una formación en materia preventiva referente a ello, para que estos tuvieran conocimientos desde la propia reanimación cardiovascular, incluida la maniobra RCP y el uso de equipos de reanimación cardiovascular hasta protocolos de actuación y emergencia.

Todo ello quizá lograría disminuir, aunque sea en un porcentaje ínfimo, el número de fallecidos existentes a fecha de hoy.

d) Una mayor colaboración de los Servicios de prevención y las Mutuas de accidente de trabajo y enfermedades profesionales.

Tanto los servicios de prevención como las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales tienen adquiridas la condición de garantes de la salud de los trabajadores que o bien acuden a sus centros o bien son evaluados en los reconocimientos médicos periódicos que se realizan a estos.

Por ello, da la impresión que en numerosas ocasiones, cuando detectan afecciones cardíacas, no consideran que tengan un especial riesgo para la salud de los trabajadores, por los que les consideran

aptos para el puesto que desempeñan. Lo que no parece ni justo ni éticamente correcto es que si estos trabajadores, con posterioridad al reconocimiento padecen alguna enfermedad cardiovascular que ya había sido detectada por ellos, lo utilicen como argumento para romper la presunción de laboralidad iuris tantum existente con el infarto de miocardio, alegando que la enfermedad se había producido con anterioridad al accidente laboral, con la finalidad de denegar la consideración de contingencia profesional.

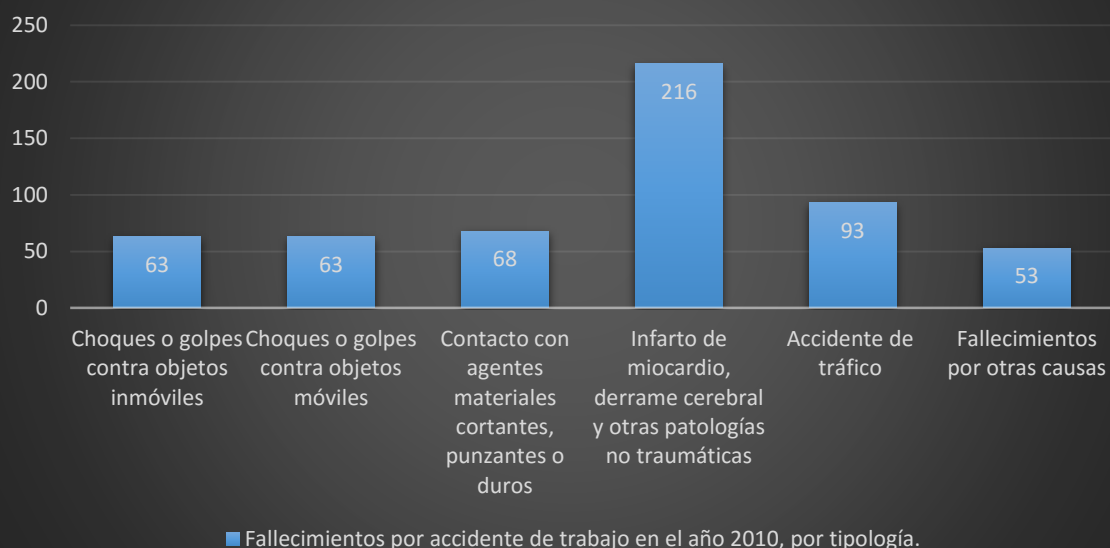
Lo que deberían hacer realmente es que en aquellos trabajadores en los que detecten realmente una alta probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular, es considerarlos como no aptos para su trabajo habitual y agilizar los trámites de asignación de una Pensión por Incapacidad permanente absoluta derivada de contingencia profesional.

6. ANEXOS.

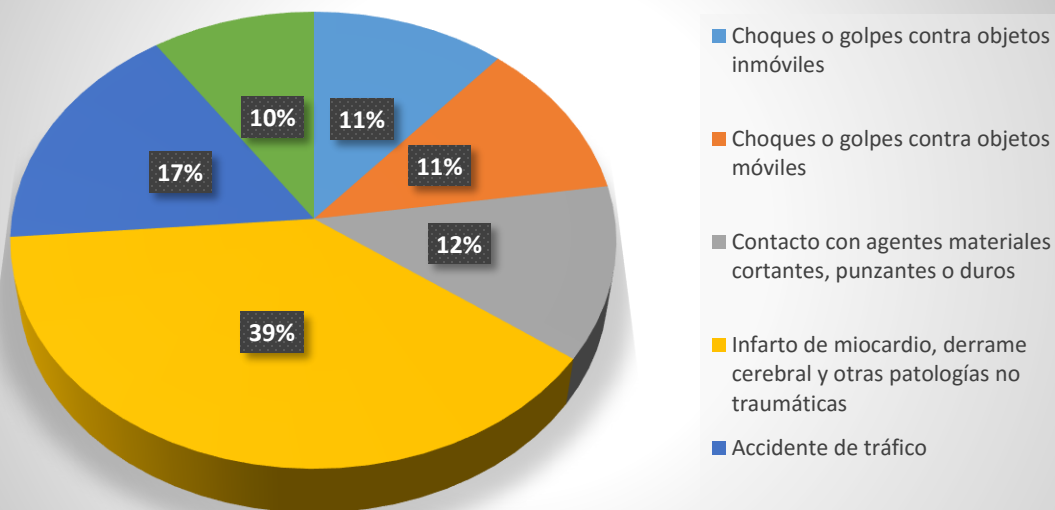
a) Año 2010.

Tipo	Total de accidentes	Accidentes mortales	Porcentaje de mortalidad
Choque o golpe contra un objeto inmóvil.	134242	63	0.04%
Choque o golpe contra un objeto en movimiento, colisión.	77217	63	0.08%
Contacto con agentes materiales cortantes, punzantes, duros.	54638	68	0.12%
Infartos, derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas	1000	216	21.6%
Accidentes de tráfico	18068	93	0.51%
Restos de formas o contactos	53721	53	0.09%.

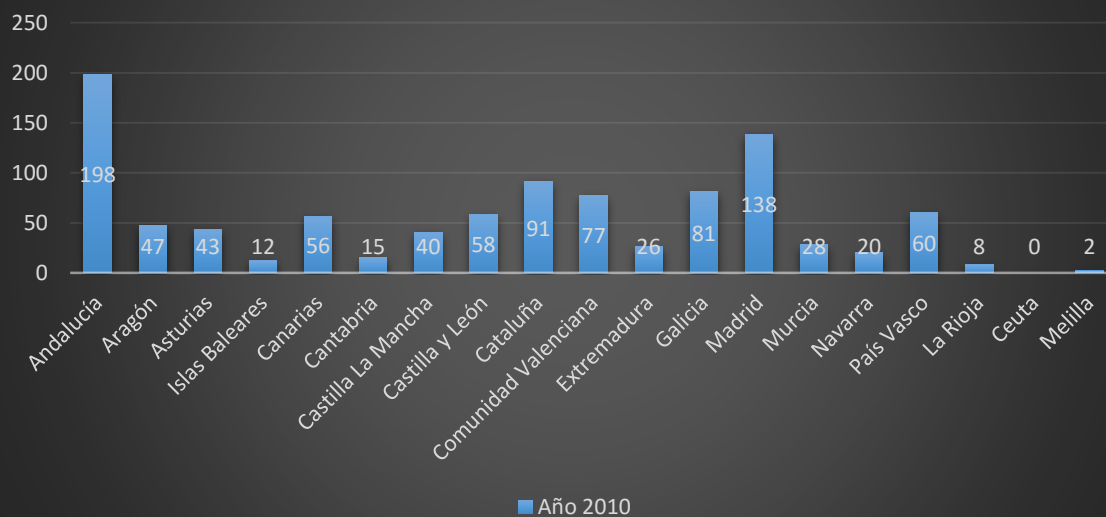
Fallecimientos por accidente de trabajo en el año 2010, por tipología.



Porcentajes de mortalidad



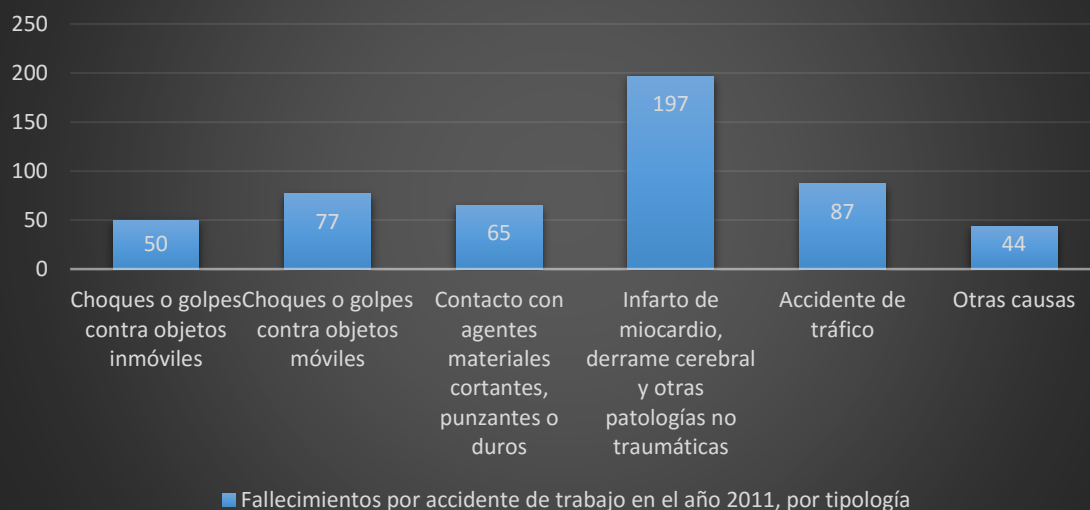
Año 2010



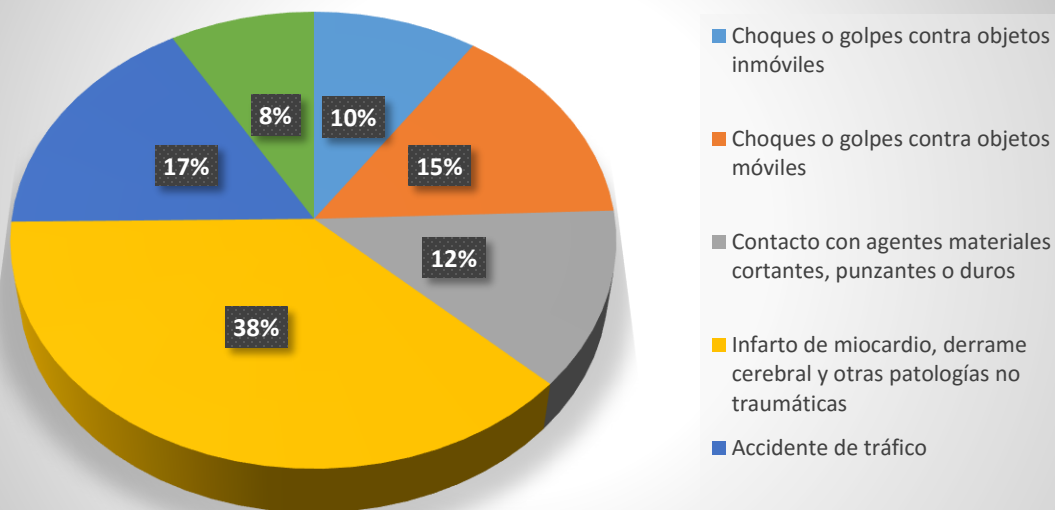
b) **Año 2011.**

Tipo	Total de accidentes	Accidentes mortales	Porcentaje de mortalidad
Choque o golpe contra un objeto inmóvil.	121263	50	0.04%
Choque o golpe contra un objeto en movimiento, colisión.	69226	77	0.11%
Contacto con agentes materiales cortantes, punzantes, duros.	49616	65	0.13%
Infartos, derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas	921	197	21.4%
Accidentes de tráfico	16025	87	0.54%
Restos de formas o contactos	47134	44	0.09%.

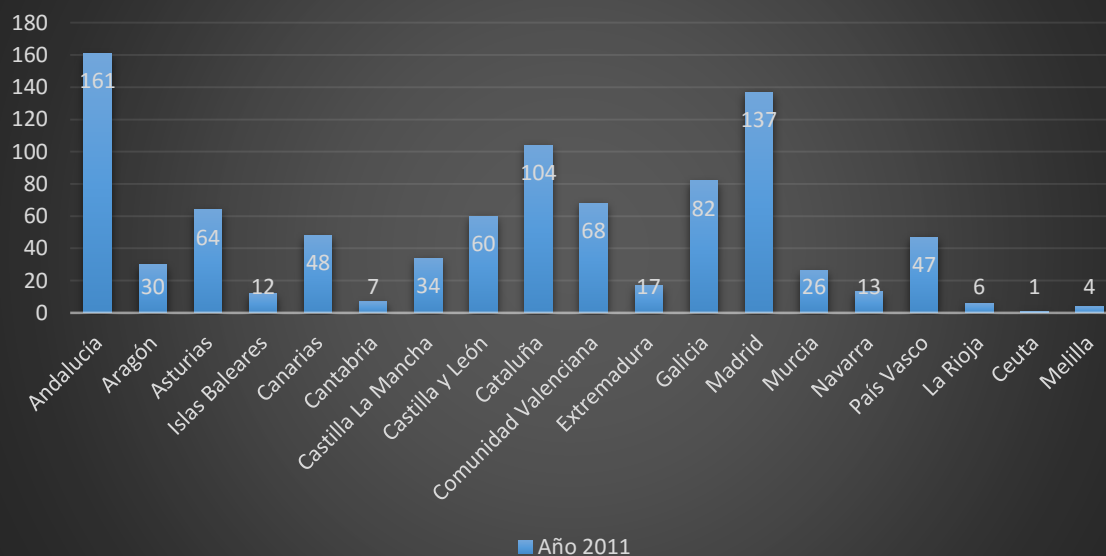
Fallecimientos por accidente de trabajo en el año 2011, por tipología



Porcentajes de mortalidad



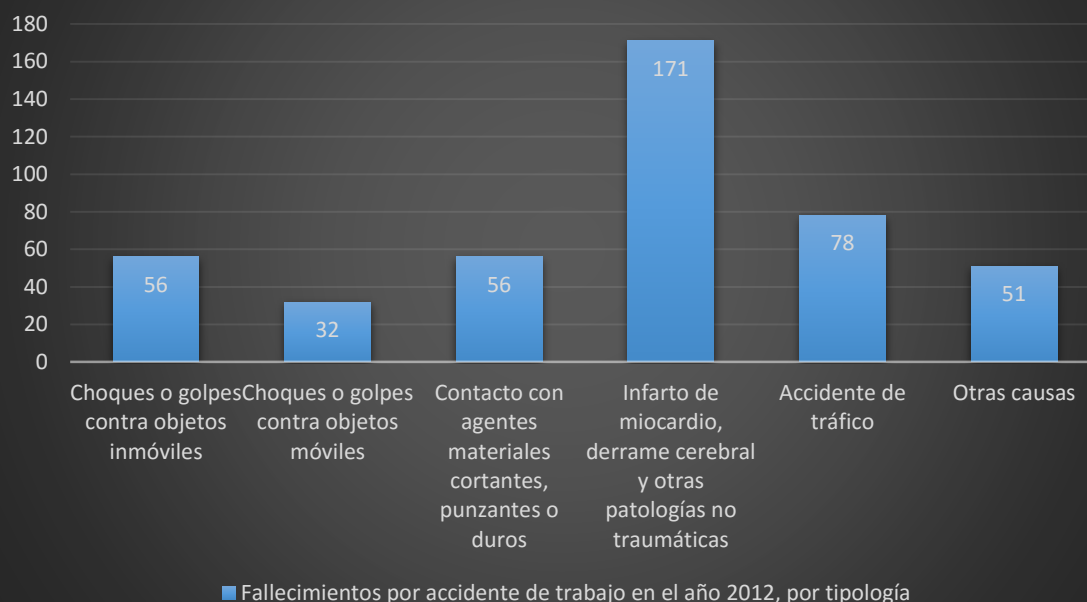
Año 2011



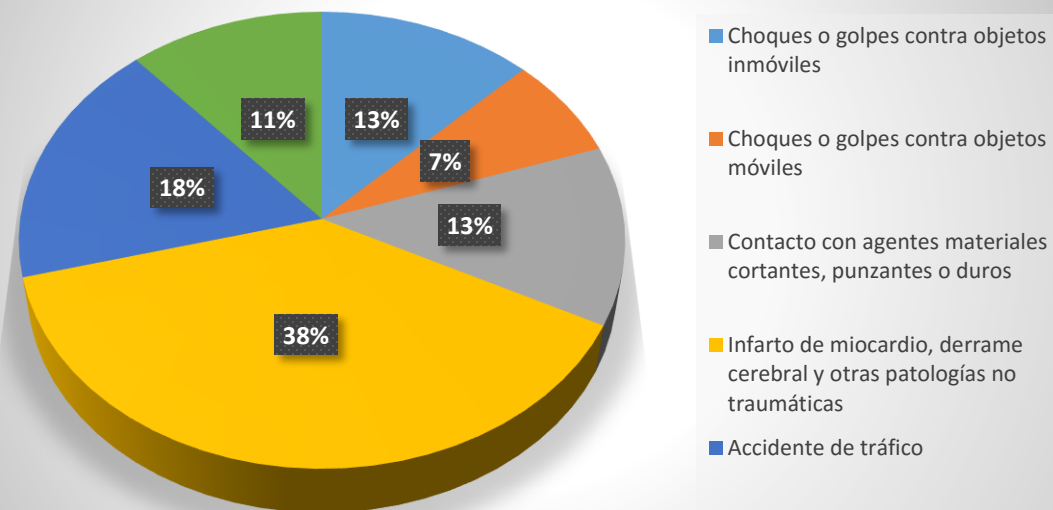
c) **Año 2012.**

Tipo	Total de accidentes	Accidentes mortales	Porcentaje de mortalidad
Choque o golpe contra un objeto inmóvil.	99449	56	0.05%
Choque o golpe contra un objeto en movimiento, colisión.	53765	32	0.059%
Contacto con agentes materiales cortantes, punzantes, duros.	39655	56	0.14%
Infartos, derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas	933	171	18.32%
Accidentes de tráfico	14127	78	0.55%
Restos de formas o contactos	38694	51	0.13%.

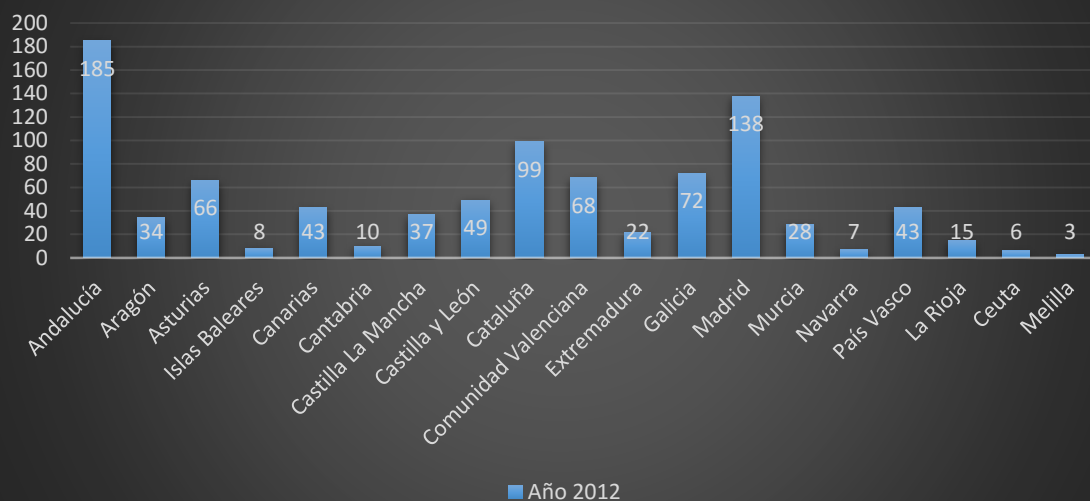
Fallecimientos por accidente de trabajo en el año 2012, por tipología



Porcentaje de mortalidad



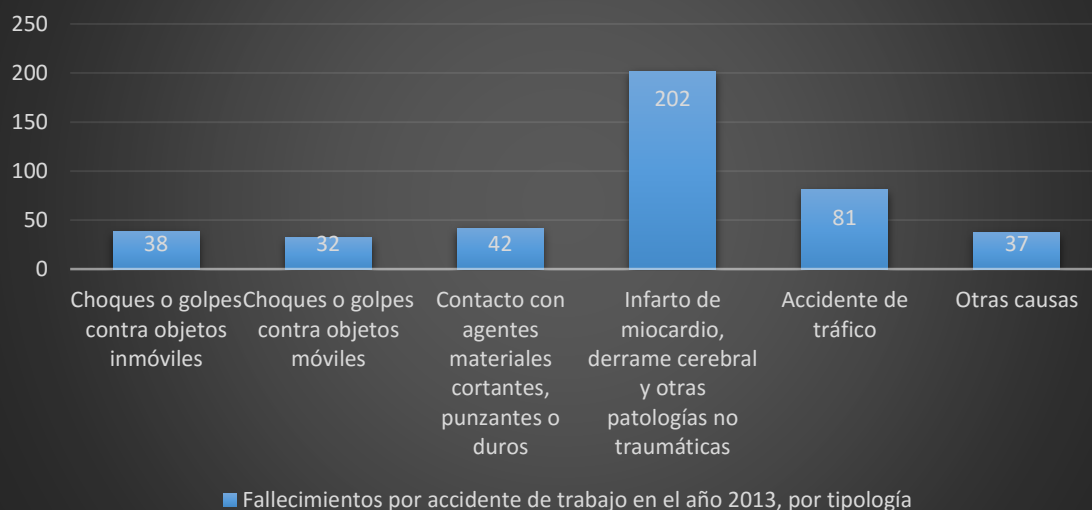
Año 2012



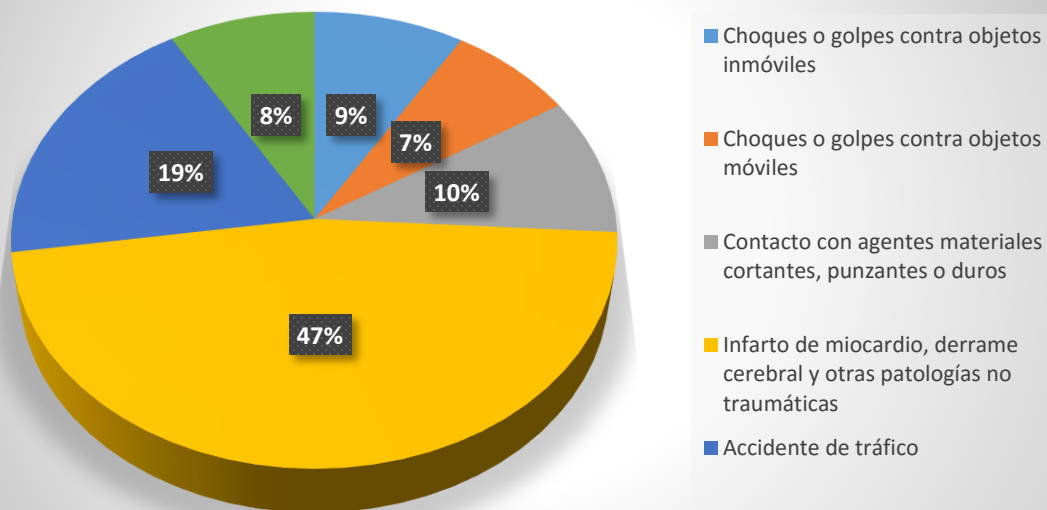
d) **Año 2013.**

Tipo	Total de accidentes	Accidentes mortales	Porcentaje de mortalidad
Choque o golpe contra un objeto inmóvil.	99469	38	0.03%
Choque o golpe contra un objeto en movimiento, colisión.	51481	32	0.062%
Contacto con agentes materiales cortantes, punzantes, duros.	37902	42	0.11%
Infartos, derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas	1066	202	18.94%
Accidentes de tráfico	14130	81	0.57%
Restos de formas o contactos	37981	37	0.09%.

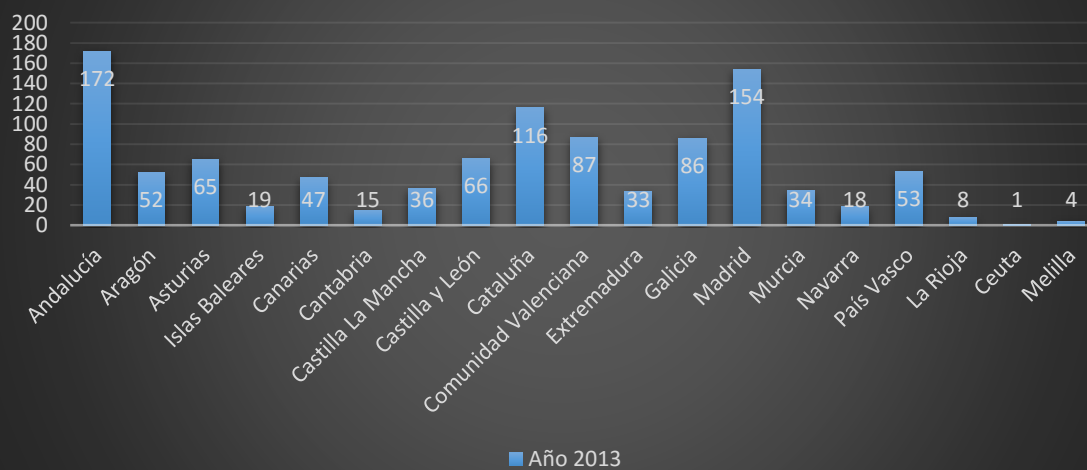
Fallecimientos por accidente de trabajo en el año 2013, por tipología



Porcentajes de mortalidad



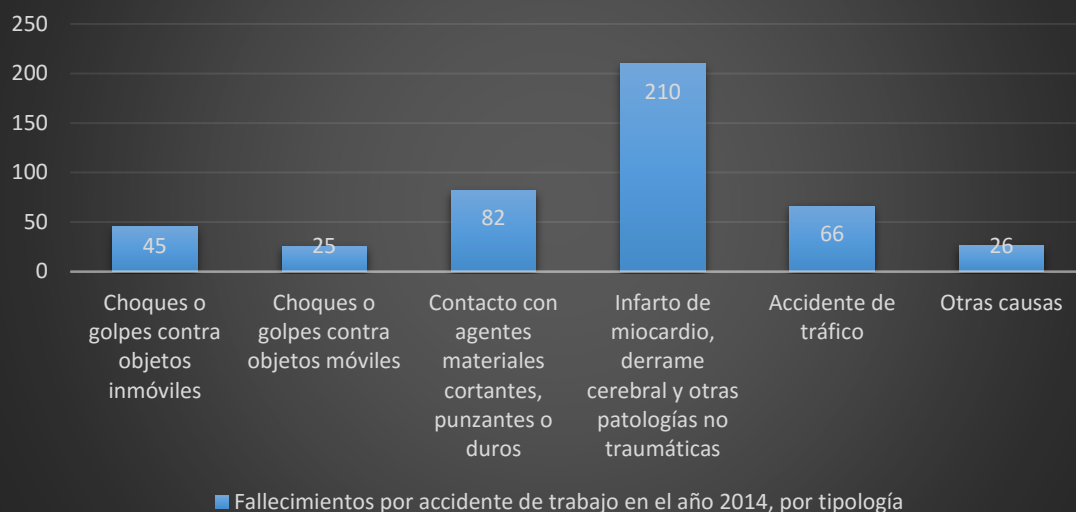
Año 2013



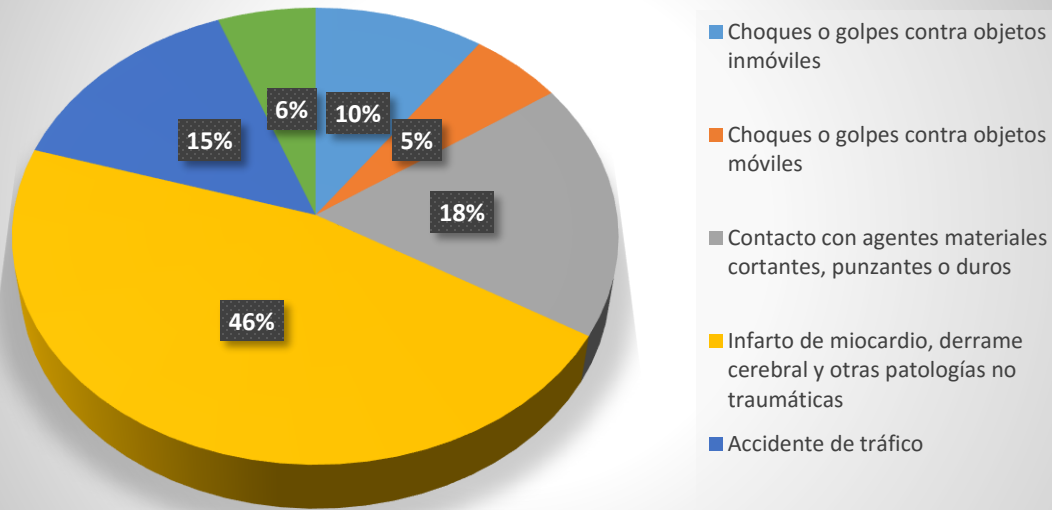
e) **Año 2014.**

Tipo	Total de accidentes	Accidentes mortales	Porcentaje de mortalidad
Choque o golpe contra un objeto inmóvil.	102295	45	0.04%
Choque o golpe contra un objeto en movimiento, colisión.	56051	25	0.044%
Contacto con agentes materiales cortantes, punzantes, duros.	39094	82	0.20%
Infartos, derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas	1007	210	20.85%
Accidentes de tráfico	14222	66	0.46%
Restos de formas o contactos	38658	26	0.06%.

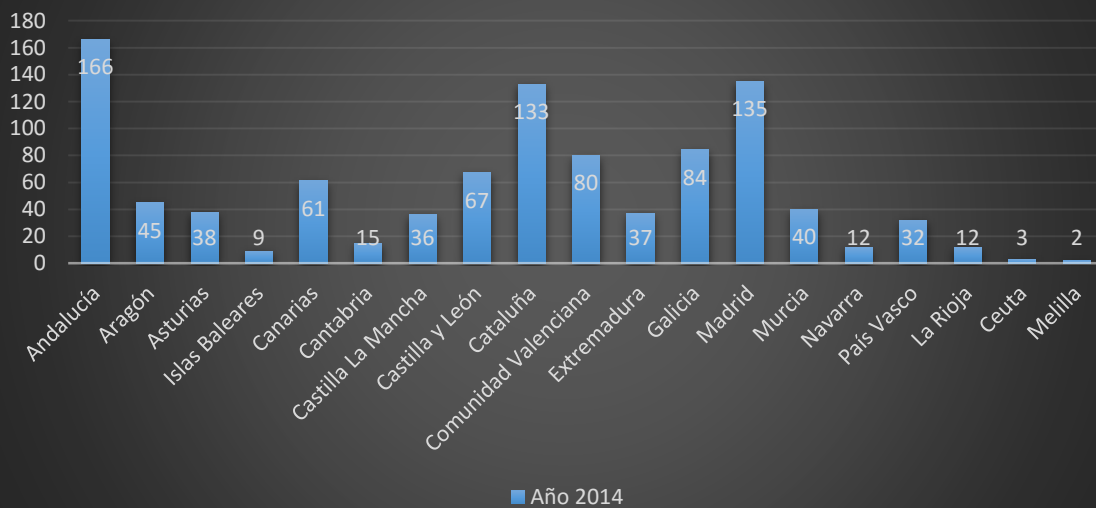
Fallecimientos por accidente de trabajo en el año 2014, por tipología



Porcentajes de mortalidad



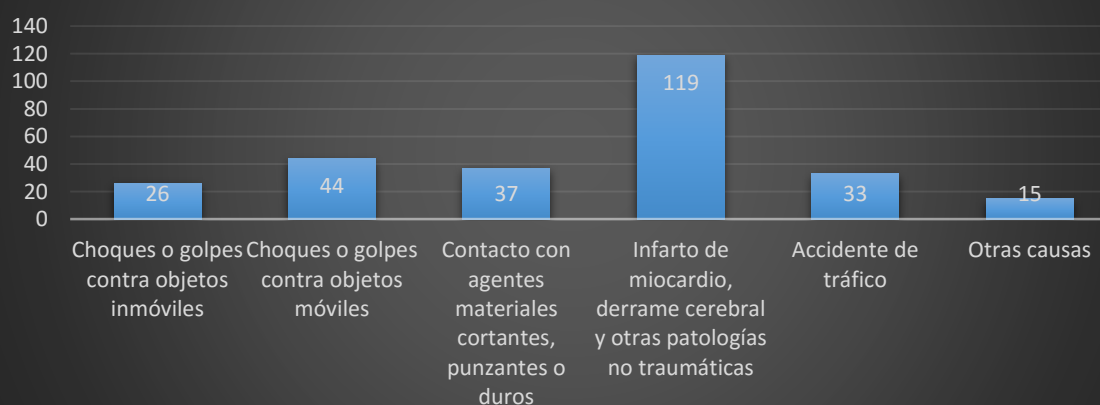
Año 2014



f) **Año 2015.**

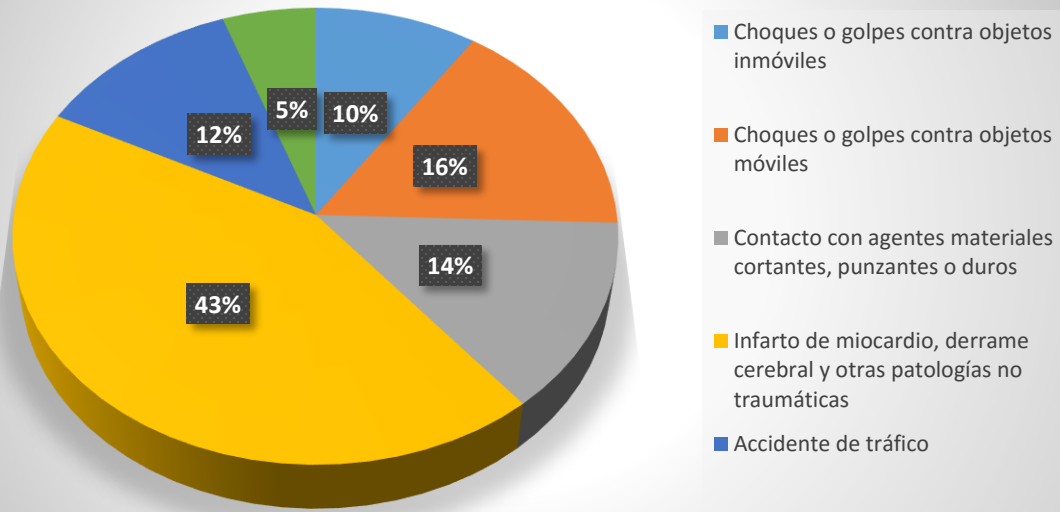
Tipo	Total de accidentes	Accidentes mortales	Porcentaje de mortalidad
Choque o golpe contra un objeto inmóvil.	63443	26	0.04%
Choque o golpe contra un objeto en movimiento, colisión.	35873	44	0.12%
Contacto con agentes materiales cortantes, punzantes, duros.	24297	37	0.15%
Infartos, derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas	562	119	21.17%
Accidentes de tráfico	8864	33	0.37%
Restos de formas o contactos	26192	15	0.05%.

Fallecimientos por accidente de trabajo en el año 2015 (periodo de enero a julio), por tipología.



■ Fallecimientos por accidente de trabajo en el año 2015 (periodo de enero a julio), por tipología.

Porcentajes de mortalidad



7. BIBLIOGRAFÍA.

a) Relación de libros y manuales utilizados.

- De la Villa, L.E. y Desdentado Bonete, A., “Manual de seguridad Social”. Pamplona. Aranzadi. 1977.
- Remigia Pellicer, David, “Infarto de miocardio y accidente de trabajo”. Valencia. Tirant lo Blanch. 2002.
- López Farré, A., y Macaya Miguel, C., Libro de la Salud Cardiovascular del hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVVA. Bilbao. Fundación BBVA. 2009.
- Gil Hernández, F., Tratado de medicina del trabajo. Barcelona. Masson, S.A. 2005.
- Gorelli Hernández, J., Vílchez Porras, M., Álvarez Alcolea, M., Luis de Val Tena, A., Gutiérrez Pérez, M., Lecciones de Seguridad Social, quinta edición. Madrid. Editorial Tecnos. Barcelona.
- Vallejo Dacosta, R., Lafuente Pastor, V.P., “Marco jurídico de la seguridad y salud en el trabajo” Colección textos docentes. Prensas de la Universidad. Universidad de Zaragoza. 2º Edición. 2013.

b) Relación de páginas web utilizadas.

- Miocardiopatía. Un diagnóstico a tiempo puede salvar la vida”. Clínica Adam. Última modificación 12 de noviembre de 2015. <http://www.clinicadam.com/salud/5/001105.html>.
- Corbella, Josep. “El estrés en el trabajo eleva el riesgo de infarto”. La Vanguardia, sanidad.(14/09/2012).<http://www.lavanguardia.com/salud/20120914/54349541322/estres-trabajo-eleva-riesgo-infarto.html>

c) Relación de publicaciones del INSHT.

- Grupo de trabajo del Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el Trabajo. “Factores de riesgo cardiovascular en la población laboral española”. Revista INSHT número 5, páginas 11 a 23. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Nogreda Cuixart, C., Nogreda Cuixart, S. “NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos”. Centro Nacional de condiciones de trabajo. INSHT.

d) Relación de bases de datos utilizadas.

- Ministerio de Trabajo e inmigración. “Anuario de Estadísticas del Ministerio de Trabajo e Inmigración 2010”.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. “Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. 2011”.

- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. “Estadísticas de Accidente de Trabajo. Enero-diciembre 2012”. Subdirección General de Estadísticas. Madrid. 2013.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. “Estadísticas de Accidente de Trabajo. Enero-diciembre 2013”. Subdirección General de Estadísticas. Madrid. 2014.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. “Estadísticas de Accidente de Trabajo. Enero-diciembre 2015”. Subdirección General de Estadísticas. Madrid. 2015.
- “Estadísticas de accidentes de trabajo, comentarios de principales resultados. Datos avance enero julio 2015”. 2015. Ministerio de empleo y Seguridad Social. Madrid. 2015.

d) Relación de sentencias.

- RJA 1997/6260, STS de 14-7-1997.
- SSTs de 22 de noviembre de 2006 y 25 de enero de 2007.
- STS de 14 de marzo de 2012, recurso 494/2011.
- Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social número 726/2013, de 18 de marzo de 2013.
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia, Sala de lo Social de A Coruña, STSJ GAL 6733/2015, de 14 de septiembre de 2015.
- Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, número 7425/2015, con número de Recurso 3402/2011, de 4 de Octubre de 2010.
- Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social STS 710/2001, con número de recurso 2122/200, de 5 de febrero de 2001.
- Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social STS 5736/2000, con recurso número 3303/2000, de 11 de julio del año 2000.
- Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social STS 10671/1995, de fecha 24 de junio de 1995.
- Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social STS 4792/2010, con número de recurso 4049/2009, de 22 de julio de 2010.
- Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, STS 7092/2001, con número de recurso 3414/2000.
- Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social número 2760/2012, del 14 de marzo de 2012, con recurso número 494/2011.
- Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social STS 876/2007, con número de recurso 3599/2005, de 25 de enero de 2007.

- Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social STS 7890/2004, con número de recurso 6052/2003, de 3 de diciembre de 2003.
- Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social STS 220/2011, con número de recurso 3558/2009, del 18 de enero de 2011.
- Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, STS 4668/2004, con recurso número 4211/2003, de 30 de junio de 2004.
- Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social STS 3692/2003, con recurso número 1639/2001, de 30 de mayo de 2003.
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia, Sala de lo Social de A Coruña STSJ Gal, 7714/2015, del 14 de octubre de 2015.
- Tribunal Supremo, Sala de lo Social, STS 2121/2015, del 20 de abril del 2015.
- Sentencia STS 6807/2009, con recurso número 1871/2008, de 8 de octubre de 2010.

e) **Relación de legislación.**

- Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.