

EL SÍNDROME DE SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE Y SU ENCUADRAMIENTO EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

*The multiple chemical sensitivity syndrome and its framing
in Social Security system*

RAQUEL POQUET CATALA*

Universidad de Valencia, España

RESUMEN

En este trabajo se realiza un análisis del síndrome de sensibilidad química múltiple como posible contingencia de la incapacidad permanente, es decir, relacionar la sensibilidad química múltiple con un origen laboral. El problema es que el número de estudios es escaso, y es harto complejo poder relacionar su origen con el entorno estrictamente laboral. A ello, cabe añadir que los síntomas propios de la sensibilidad química múltiple se solapan, muchas veces, con otras comorbilidades, lo que dificulta su valoración clínica y su diferenciación respecto de otras similares. De ahí, la necesidad de realizar un estudio tanto desde el punto de vista médico analizando sus características epidemiológicas y clínicas para poder asociarlo a un origen laboral, y poder declararse la incapacidad permanente derivada de contingencias profesionales.

Palabras clave: sensibilidad química múltiple, incapacidad permanente, síndrome de sensibilización central, comorbilidad.

ABSTRACT

In this work, it is carried out an analysis of multiple chemical sensitivity syndrome as a possible contingency of permanent disability, that is, relating multiple chemical sensitivity to a work-related origin. The problem is that the number of studies is small, and it is very complex to be able to relate their origin to the strictly work environment. To this, it should be added that the symptoms of multiple chemical sensitivity often overlap with other comorbidities, which makes their clinical assessment and differentiation from other similar ones difficult. Hence, it is necessary to carry out a study both from a medical point of view, analyzing its epidemiological and clinical characteristics to be able to associate it with a work origin, and to be able to declare permanent disability derived from professional contingencies.

Keywords: multiple chemical sensitivity, permanent disability, central sensitization syndrome, comorbidity.

* **Correspondencia a:** Raquel Poquet Catala. Universidad de Valencia (España). – raquel.poquet@uv.es – <https://orcid.org/0000-0001-9606-8832>

Cómo citar: Poquet Catala, Raquel (2024). «El síndrome de sensibilidad química múltiple y su encuadramiento en el sistema de seguridad social»; *Lan Harremanak*, 51, 237-266. (<https://doi.org/10.1387/lan-harremanak.25956>).

Recibido: 20 enero, 2024; aceptado: 19 febrero, 2024.

ISSN 1575-7048 — eISSN 2444-5819 / © UPV/EHU Press



Esta obra está bajo una licencia
Creative Commons Atribución 4.0 Internacional

1. Introducción

La actual sociedad imbuida en el uso constante de productos químicos, donde los humos, gases y productos de limpieza y droguería forman parte de la vida cotidiana, ha traído nuevas enfermedades. En este contexto, ha surgido la sensibilidad química múltiple, conocida también como «enfermedad del siglo xx» o «enfermedad ecológica», la cual es objeto de intensa discusión, porque muchos casos de esta patología tienen muy pocos aspectos comunes, dada la variedad de síntomas que presentan las personas afectadas.

Algunas sociedades como la Asociación Médica norteamericana ven la entidad con escepticismo y no la reconocen como síndrome (Nogué Xarau, 2011; Chumillas, 2015). Sin embargo, otros países como Alemania, Austria, Japón, Suiza o Dinamarca y España la reconocieron oficialmente como enfermedad incorporándola a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su novena edición de 2014. La prevalencia de este síndrome es desconocida, pero varios estudios reflejan el aumento de prevalencia en mujeres (Nogué Xarau, 2007), muchas de las cuales tienen comorbilidad con patología psiquiátrica. Para su diagnóstico no existen biomarcadores específicos, sino que se basa en criterios clínicos, síntomas y antecedentes de exposición química, que se consensuaron en 2011 y que se siguen utilizando en la actualidad.

La cuestión que se plantea es relacionar la sensibilidad química múltiple con un origen laboral, pues el número de estudios es escaso, lo que dificulta asimismo su reconocimiento como enfermedad profesional o accidente de trabajo. A ello, cabe añadir que los síntomas propios de la sensibilidad química múltiple se solapan, muchas veces, con otras comorbilidades, lo que dificulta su valoración clínica y su diferenciación respecto de otras similares.

De ahí, la necesidad de realizar un estudio tanto desde el punto de vista médico analizando sus características epidemiológicas y clínicas para poder asociarlo a un origen laboral, y poder declararse la incapacidad permanente derivada de contingencias profesionales.

2. Sensibilidad química múltiple. Aproximación científico-médica

La sensibilidad química múltiple (sensibilidad química múltiple) es una afección que junto con la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, y el síndrome de sensibilidad electromagnética, configuran las denominadas afecciones o síndrome de sensibilización central. La peculiaridad de estas afecciones se halla en la ausencia de un tratamiento curativo y las limitaciones que provocan a la persona afectada para llevar a cabo una vida normal y permitirse seguir trabajando como lo realizaba con anterioridad. Además, todas ellas comparten su

etiología desconocida y la inexistencia de unos parámetros objetivos para establecer su diagnóstico y su gravedad.

En concreto, la sensibilidad química múltiple o intolerancia ambiental idiópática es un síndrome caracterizado por la pérdida de tolerancia a la presencia ambiental de productos químicos en concentraciones que son consideradas no tóxicas (Ortega Benito, 2002, pp. 68-72). Se caracteriza por la aparición de síntomas en diversos órganos y sistemas por exponerse la persona a productos químicos que se encuentran presentes en el medio ambiente a concentraciones que no resultan perjudiciales para la población general. Según la doctrina judicial, el síndrome de sensibilidad química múltiple

es una enfermedad multisistémica, inflamatoria, crónica y degenerativa, que se caracteriza porque los afectados presentan reacciones de hipersensibilidad a multitud de sustancias de uso cotidiano, como perfumes, productos de limpieza, detergentes, suavizantes, aditivos, fármacos, etc, provocando reacciones de tipo alérgico o tóxico que incluyen la pérdida de coordinación, insuficiencia respiratoria, confusión mental e incluso desmayos y convulsiones¹.

Cullen definió esta patología como

un trastorno adquirido caracterizado por síntomas recurrentes, referibles a múltiples sistemas orgánicos, que se presentan como respuestas a la exposición demostrable a muchos compuestos sin relación química entre sí a dosis muy por debajo de las que se han establecido como causantes de efectos perjudiciales en la población general» (1987: 655).

De hecho, el término «múltiple» hace referencia a la multiplicidad de manifestaciones, orígenes y procesos implicados. En este sentido, se puede señalar que se trata de un desorden adquirido, relacionado con la exposición al ambiente, lo cual significa que se restringe su aplicación a pacientes que desarrollan los síntomas por primera vez después de un encuentro con su ambiente, excluyendo aquellas personas con problemas permanentes de salud. Además, los síntomas implican más de un sistema orgánico, y aparecen y desaparecen en respuesta a estímulos predecibles, excluyendo, de esta forma, los pacientes cuyos síntomas permanecen constantes. Los síntomas son provocados por exposiciones a sustancias químicas de clases estructurales y de acción toxicológicas diferentes. Los síntomas son provocados por exposiciones que son demostrables, aunque de bajo nivel, de tal forma que otras personas, distintas de la persona afectada, son capaces de percibir la presencia de la sustancia, aunque sin producirles molestias. Por último, las exposiciones que provocan los síntomas han de ser muy bajas, entendiendo por tales aquellas que están varias veces por debajo de la desvia-

¹ STSJ Galicia, sala de lo contencioso-administrativo, de 24 de mayo de 2022, proc. núm. 232/2021.

ción estándar de las exposiciones promedio que se conocen que son capaces de causar respuestas adversas en las personas (Obiols i Palau, 2000).

Lo que no hay duda es sobre la cronicidad de los síntomas, los cuales aparecen con una exposición química y desaparecen cuando se evitan. Por regla general, aparecen de modo más o menos inmediato y desaparecen en unas horas o días, aunque no todos los síntomas surgen y se van al mismo tiempo. En algunos pacientes puede existir un fondo sintomático de tal forma que los síntomas solo empeoran o mejoran.

Según las encuestas poblacionales médicas (Caress, 2002) hasta un 10% de la población se ve afectada por intolerancias ambientales. No obstante, la cifra real de pacientes con sensibilidad química múltiple ronda el 0,1%.

La causa del síndrome de sensibilidad química múltiple es desconocida. Pero se suele asociar a la exposición a diversos productos químicos tales como plaguicidas, hidrocarburos o gases irritantes, especialmente cuando se hallan en el entorno laboral (Nogué Xarau, 2011). Según los estudios, los agentes más frecuentemente señalados como causantes de la sensibilidad química múltiple son disolventes orgánicos, pinturas y lacas para acabados; plaguicidas; humos; metales; sustancias químicas diversas; polvo; sarna o herpes zóster; productos de perfumería y ambientadores; estrés y caídas en el trabajo; muebles; papel o edificios nuevos. La sensibilidad química múltiple impide que la persona afectada esté en un ambiente donde haya perfume, colonia, ambientador, lejía, humo u otros agentes químicos. El diagnóstico de la sensibilidad química múltiple es clínico, ya que no se dispone de marcadores biológicos ni de pruebas complementarias específicas (Ortega Pérez, 2007).

Además, la sensibilidad química múltiple suele ir acompañada de otras afecciones tipo comorbilidades, como el síndrome de fatiga crónica, con el que comparte mecanismos etiológicos y físico patológicos en el contexto de los denominados síndromes de sensitización central (Fernández Solá, Lluís Padierna, Nogué-Xarau, Munné Mas, 2005). Como propio de estas patologías, sus manifestaciones clínicas son multiorgánicas, afectando a diversos órganos y sistemas, especialmente al aparato respiratorio, al sistema nervioso central, irritación ocular, irritación faríngea o mal estado general. De los diferentes síntomas y órganos a los que afecta, el sistema nervioso central, el respiratorio y el gastrointestinal son los que se ven afectados con mayor frecuencia, destacando la presencia de hipersensibilidad olfativa e intolerancia a algunos alimentos o sustancias químicas (Lago Blanco, *et al.*, 2016).

De cualquier forma, el problema de la sensibilidad química múltiple es que no cuenta con un tratamiento médico que sea eficaz, recomendándose a la persona afectada que evite la exposición a los productos frente a los que se ve afectado y no tiene tolerancia.

Según el consenso internacional de expertos (Bartha, 1999), para su diagnóstico se deben cumplir unos criterios específicos —los denominados criterios Bartha—, pues no se cuenta con pruebas complementarias diagnósticas ni biomarcadores analíticos cuantificables que permitan determinar la presencia del síndrome ni de su gravedad.

Debe señalarse que la Organización Mundial de la Salud no ha reconocido la sensibilidad química múltiple como una entidad nosológica. No obstante, el Ministerio de Sanidad sí lo ha hecho recientemente incluyéndola oficialmente en la novena Clasificación Internacional de las Enfermedades-Modificación Clínica (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Los criterios de consenso adoptados para el diagnóstico de la sensibilidad química múltiple son los siguientes (Bartha, 1999). En primer lugar, los síntomas son reproducibles con la exposición química repetida. En segundo lugar, la condición es crónica. En tercer lugar, niveles bajos de exposición ocasionan manifestaciones del síndrome siendo dichos niveles más bajos que los usual o previamente tolerados. En cuarto lugar, los síntomas mejoran o se resuelven cuando los incitantes son eliminados. En quinto lugar, las respuestas se presentan a múltiples sustancias sin relación química. Por último, los síntomas implican múltiples sistemas orgánicos.

Según un estudio de los Comités de Ética y de Investigación del Hospital Clínic de Barcelona (Nogué Xarau, *et al.*, 2010: 52-58), de un grupo de pacientes diagnosticados con sensibilidad química múltiple el 41,8% presentaba una sensibilidad química múltiple relacionable con un origen laboral. El tiempo mediano de seguimiento en la Consulta Externa de Toxicología del Hospital Clínic de los pacientes que habían acudido en más de 2 ocasiones fue de 503 días, mientras que un 25% de los pacientes había acudido a los 364 días y un 75% lo había hecho a los 709 días.

Curiosamente, de los pacientes diagnosticados y su relación con el puesto de trabajo, destaca que el 21,8% de los mismos prestaban servicios como administrativos. Seguidamente, se halla el personal de limpieza, las personas enfermeras de centros de atención primaria y las personas auxiliares de clínica. En cuanto a las exposiciones laborales que pudieran haber desencadenado la sensibilidad química múltiple, las situaciones más frecuentes son la fumigación o vertido de plaguicidas con un porcentaje del 33,3% de los casos; el vertido de hidrocarburos (5,8%), la exposición a productos de limpieza (11,6%), o a gases y vapores irritantes (8,7%).

En cuanto a la gravedad de los síntomas de la sensibilidad química múltiple según sea o no de origen laboral, aunque se observó un mayor porcentaje de pacientes con criterios de gravedad en las sensibilidad química múltiple que no tenían origen laboral —concretamente, un 85,4 frente al 75,4%—, no se encontraron diferen-

cias entre los productos químicos que desencadenaron síntomas en los pacientes con sensibilidad química múltiple de causa laboral o los que desencadenaron síntomas en los pacientes con sensibilidad química múltiple de causa no laboral.

Por último, en relación con las situaciones de incapacidad temporal o incapacidad permanente, los pacientes con incapacidad temporal cuya sensibilidad química múltiple parecía ser de origen laboral fue mayor que en los pacientes con sensibilidad química múltiple de origen no laboral —un 60,9 frente al 39,6%—, mientras que en las incapacidades permanentes fue al contrario —un 8,7 frente al 22,9%—.

3. Sensibilidad química múltiple y su relación con el ámbito laboral

Como la sensibilidad química múltiple es un síndrome complejo que comparte muchos síntomas propios de otras comorbilidades, es difícil poder realizar una valoración clínica sobre su etiología laboral.

Según el citado estudio del Hospital Clínic de Barcelona, la relación entre el ámbito laboral y la sensibilidad química múltiple es importante, pues en el 41,8% de los casos se observa una relación entre la exposición a productos químicos del puesto de trabajo y la aparición de los síntomas de la sensibilidad química múltiple. Además, los pacientes con sensibilidad química múltiple de origen laboral tenían menos comorbilidades e incapacidades permanentes que los pacientes con sensibilidad química múltiple de origen no laboral. Ello puede tener su explicación en que los mecanismos que desencadenan la sensibilidad química múltiple de origen no profesional tienen más trascendencia patogénica, sintomática, invalidante e irreversible que los derivados de una exposición laboral (Nogué Xarau, *et al.*, 2010: 55).

Destaca que un elevado porcentaje de las personas afectadas son mujeres (Lax, Hennenberger, 1995), lo cual se asocia al histórico rol de la mujer en la sociedad en lo que a la limpieza del hogar se refiere, así como al crecimiento exponencial de la oferta de productos químicos de uso doméstico. Cabe señalar que un problema añadido a su calificación como de origen laboral se halla en que muchas veces las entidades implicadas se niegan a su reconocimiento causal, pues muchas veces, llega a constatarse el uso de productos químicos no autorizados, la falta de medidas de seguridad y salud laboral en el trabajo, o la ausencia de información y formación a las personas trabajadoras sobre el uso correcto de sustancias y productos químicos o tóxicos, así como la inexistencia de equipos de protección personal y el incumplimiento del tiempo máximo de exposición.

En este sentido, se han realizado diversos estudios sobre su etiología. Se ha estudiado su relación con factores genéticos, siendo el resultado totalmente incierto, pues, aunque un estudio preliminar señaló una mayor prevalencia de un

receptor del alelo 7 (Binkley, *et al.*, 2001). Sin embargo, posteriormente, otros estudios no han verificado alteraciones en ningún gen que pueda estar implicado en esta patología (Wiesmüller, *et al.*, 2008).

Tampoco ha quedado demostrado ninguna relación entre la capacidad de percepción y discriminación de los olores aumentada en los pacientes con sensibilidad química múltiple (Van Triel, *et al.*, 2008).

Asimismo, otra tesis es la de deficiencias inmunológicas, especialmente seguida por los médicos conocidos como ecologistas. No obstante, la revisión de esta teoría y los estudios realizados (Sullivan, *et al.*, 2001) sugieren que las alteraciones del sistema inmune no son la causa de la sensibilidad química múltiple.

Otra teoría sobre el origen de esta enfermedad ha sido la relacionada con el aparato respiratorio. Esta tesis (Sullivan, *et al.*, 2001) sostiene que los pacientes con sensibilidad química múltiple presentan una frecuencia respiratoria aumentada y una mayor resistencia de las fosas nasales después de exponerse a los olores, sugiriendo que las sustancias químicas podrían estimular las fibras nerviosas nasales y estas producir neuropéptidos que actuarían a nivel de vasos y vías aéreas.

Otro grupo de expertos ha señalado a los errores metabólicos (Bascom, 1992) como posibles causantes de la susceptibilidad a las sustancias químicas. No obstante, esta hipótesis no ha sido confirmada.

Otros autores han concluido que todos los síntomas de la sensibilidad química múltiple son consecuencia de enfermedades psiquiátricas específicas (Schottenfeld, 1987). No obstante, aunque el trastorno del área psíquica como causa es una hipótesis que no se puede descartar en algunos pacientes, en otros no se puede explicar porque muchos pacientes no presentan enfermedades psiquiátricas.

También se ha propuesto la tesis sobre la sensibilización neurológica previa, es decir, aquella que es capaz de ocasionar una respuesta desproporcionada al grado de su exposición. Y, dadas las conexiones neurales del sistema olfativo con el sistema límbico y el hipotálamo podría producir una respuesta multiorgánica (Nolthe, 1993). La inflamación neuronal producida a nivel respiratorio podría liberar ciertos factores que produciría inflamación en otros lugares.

Por otro lado, la conexión de la sensibilidad química múltiple con los denominados síndromes de sensitización central comporta que muchas personas afectadas acumulen síntomas progresivos de descontrol en la percepción de la fatiga física o neurocognitiva —propios de la SFC—, con el dolor, y con la exposición a productos químicos —propios de la sensibilidad química múltiple—.

Por tanto, como conclusión se puede señalar que sí existe un mayor porcentaje en la concesión de la incapacidad temporal en las personas cuya sensibilidad química múltiple era de origen laboral, mientras que las incapacidades permanentes otorgadas lo han sido en base a sus comorbilidades y no tanto por su sen-

sibilidad química múltiple. Ello explica, en cierta forma, el mayor porcentaje de incapacidades permanentes en los pacientes con sensibilidad química múltiple de origen no laboral, ya que la falta de una secuencia temporal que permita establecer el orden de aparición de las comorbilidades podría haber creado confusión a la hora de conceder la incapacidad permanente.

4. Valoración del grado de discapacidad laboral de las personas afectadas por sensibilidad química múltiple

La cuestión clave se halla en cómo determinar y valorar el grado de afectación de la sensibilidad química múltiple sobre la capacidad laboral de la persona afectada.

En este sentido, en primer lugar, en 2006, la Sociedad Española de Reumatología (Rivera, *et al.*, 2006) ya indicó —aunque referida a la fibromialgia— que «en la actualidad no existe ningún cuestionario, prueba analítica o exploración complementaria que permita hacer una clasificación de los pacientes con FM según el grado de afección».

En segundo lugar, un panel de expertos español elaboró un documento de consenso interdisciplinar (Alegre de Miquel, *et al.*, 2010) para el tratamiento de la fibromialgia que concluyó que la clasificación de Giusecke es la que cuenta con mayor evidencia científica y la más útil. No obstante, el Ministerio de Sanidad (2011) señaló que no existen estudios fiables sobre la «valoración de las limitaciones biomecánicas realizadas en el ámbito de la evaluación perital de estos pacientes».

En tercer lugar, el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras del Instituto de Salud Carlos III señaló en su documento de consenso (Pérez Avellaneda, Martínez Gómez, 2009) que

es complejo evaluar la incapacidad debido a que los criterios diagnósticos clínicos no han sido validados en el marco médico-legal, a la falta de pruebas objetivas y de instrumentos validados para cuantificar la incapacidad/discapacidad de esta entidad, y a que los instrumentos, si existen, tienen poco rendimiento médico-legal.

En cuarto lugar, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) señala en su documento de consenso (2017) que los criterios diagnósticos del ACR 2010 (Wolfe, *et al.*, 2010), validados para la población española en 2016

eliminan la evaluación por parte del médico, lo que convierte este cuestionario autoadministrado por parte del paciente en una herramienta útil para los estudios epidemiológicos (...) En otras palabras, esta herramienta no elimina la subjetividad, sino que sustituye la evaluación por parte del médico por la evaluación subjetiva del propio paciente.

En quinto lugar, los estudios neuropsicológicos pueden poner de manifiesto el deterioro cognitivo puntual de las personas afectadas por fibromialgia o síndrome de fatiga crónica, aunque también con ciertas limitaciones. Por ejemplo, al comparar la exploración neuropsicológica de pacientes con fibromialgia y la de pacientes con deterioro cognitivo ligero se han obtenido resultados similares (Pericot Nierga, *et al.* 2009).

En sexto lugar, y específicamente para el caso de la sensibilidad química múltiple, existe un cuestionario de autoevaluación de la gravedad e impacto de la sensibilidad química múltiple, que es el Quick Environmental Exposure and Sensivity Inventory (Miller, Prihoda, 1999). Este cuestionario mide 5 aspectos de la sensibilidad química múltiple y permite la clasificación de los pacientes en tres grados de severidad —baja, media y alta—, en función de las puntuaciones obtenidas. No obstante, ha quedado demostrado que cuando se produce un enmascaramiento, los pacientes no diferencian entre estímulos verdaderos y placebo (Regal Ramos, 2010). Por consiguiente, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud declararon que «al no existir en la actualidad biomarcadores específicos que permitan confirmarlo, la detección de la sensibilidad química múltiple se basa en criterios clínicos, en los síntomas autorreferidos por las personas afectadas» (López Pousa, Garre-Olmo, 2007).

Por último, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la AQuAS indican que

no se han observado nuevas evidencias convincentes sobre el diagnóstico, pruebas complementarias y el tratamiento efectivo de este amplio conjunto de síntomas agrupados en la fibromialgia. No se han producido avances relevantes y significativos en el conocimiento de las causas de esta enfermedad y en su tratamiento. Las recomendaciones de los anteriores documentos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad —MSSSI (MSPSI 2011) y AQuAS (AQuAS 2011) mantienen su vigencia (2017).

Por tanto, según los expertos, no existe evidencia de las enfermedades incluidas en el síndrome de sensibilización central que tengan criterios fiables para clasificar la discapacidad laboral. La ausencia de parámetros objetivos para determinar el diagnóstico o gravedad de estas enfermedades obliga a individualizar la gravedad de estas enfermedades, comportando la necesidad de individualizar la evaluación laboral de estos pacientes, teniendo en cuenta la comorbilidad y los requerimientos laborales.

El diagnóstico es, pues, basado en datos subjetivos, esto es, en los síntomas que padecen las personas afectadas. No obstante, no existe un patrón sintomático preciso que permita hacer el diagnóstico de esta entidad. No existe ningún dato de laboratorio o exploración complementaria que permita realizar de una

manera objetiva el diagnóstico de la sensibilidad química múltiple. No existe ningún patrón serológico específico de esta patología, pues muchas alteraciones son consecuencia del propio estrés de esta enfermedad o de la activación de circuitos neuroendocrinos tras el estímulo olfativo.

5. Breve referencia a la incapacidad permanente

5.1. Conceptuación y requisitos configuradores de la incapacidad permanente

La situación de incapacidad permanente puede ser definida como aquella de duración ilimitada en la que se encuentra la persona trabajadora que, tratada médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva, previsiblemente definitivas, que suponen la disminución o la anulación de la capacidad laboral (art. 193 LGSS)².

Este precepto utiliza conceptos jurídicos indeterminados que obligan a llevar a cabo un análisis pormenorizado de cada uno de ellos. En el fondo, esa indeterminación del texto legal tiene su razón de ser en la flexibilidad, ya que permite adaptarse a cada caso en concreto según las circunstancias concurrentes (Rivas Vallejo, 2006: 76).

Los elementos que configuran el concepto legal de incapacidad permanente son la alteración grave de la salud; la determinación objetiva o fijación del diagnóstico; el carácter permanente y definitivo de la alteración o previsiblemente definitivo; y la incidencia en la capacidad laboral, suponiendo una disminución considerable de la capacidad de ganancia.

En primer lugar, el art. 193 LGSS se refiere a las «reducciones anatómicas o funcionales graves» (Barba Mora, 2001: 34, que indica que «esta expresión es meramente enunciativa, por lo que no pueden descartarse supuestos análogos que no se ciñan estrictamente al concepto de reducción anatómica of uncondal, como podría ser la contraindicación médica de realizar determinadas actividades, no porque sea imposible realizarlas, sino porque engendren riesgos para la salud con graves consecuencias, sin olvidarnos, de los problemas psíquicos cada vez más presentes en las declaraciones de invalidez»). De ello cabe indicar, por un lado, que la reducción anatómica va referida a la amputación de un miembro o parte del mismo o la extracción de un órgano (Pérez Pineda, García Blazquez, 1999: 34), mientras que la reducción funcional supone la pérdida de la funcio-

² Literalmente, indica que «la incapacidad permanente contributiva es la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del incapacitado, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo».

nalidad de una parte del cuerpo que tenga incidencia y que disminuya, al menos, parcialmente, la capacidad de todo el individuo (Rivas Vallejo, 2006: 77).

Además, esta reducción anatómica o funcional debe ser «grave», lo cual significa que, para que pueda declararse la incapacidad permanente, debe haberse sometido la persona trabajadora a un tratamiento médico. No obstante, la doctrina jurisprudencial³ ha sido flexible al entender que no es necesario que la incapacidad permanente siempre venga precedida de una anterior situación de incapacidad temporal con el correspondiente tratamiento médico. En este sentido, el TS ha declarado que

cuando el accidente ha producido tan espectaculares lesiones que no es necesario esperar ningún tratamiento para poder definir el grado de invalidez permanente; cuando la sigilosa enfermedad profesional no ha consentido su conocimiento hasta que ya son irreversibles sus estragos; cuando el trabajador, por su incuria, no ha ejercitado sus derechos a las prestaciones asistenciales y económicas previas, o demostrada y resignadamente ha conllevado en el trabajo sus dolencias hasta que es real su permanente invalidez. En todos estos supuestos ha dicho la doctrina legal que la dicción literal del precepto no priva al interesado del derecho a las prestaciones que pudieran corresponderle cuando ha llegado el momento de la invalidez⁴.

Por consiguiente, no es necesario que exista una fase previa de incapacidad temporal, aunque será lo más normal. No obstante, sí que hay que tener en cuenta que mientras exista la necesidad de tratamiento no cabe la calificación de la incapacidad como permanente.

El segundo requisito es la alteración de la salud susceptible de determinación objetiva o la fijación del diagnóstico. El art. 193.1 LGSS hace referencia a que las reducciones sean «susceptibles de determinación objetiva», lo cual exige que la patología de la persona trabajadora sea determinada de forma objetiva por especialistas médicos de forma clara y concreta en base a descripciones científicas constatables (Pérez Pineda, García Blázquez, 1999: 43). Ello significa que la dolencia o reducción ha de ser descrita

con fundamentos científicos, siempre teniendo presente que la medicina no es una ciencia exacta y que existen procesos nosológicos, como las enfermedades mentales, cuya determinación objetiva con medios instrumentales será en la mayoría de los casos imposible, al menos ateniéndose a los medios actuales de que la técnica dispone (Rodríguez Jouvencel, 1993: 176).

³ SSTS de 10 de febrero de 1969; de 11 de junio de 1980.

⁴ STS de 11 de junio de 1980. En la misma línea STS de 10 de noviembre de 1999, rec. núm. 882/1999, que señala que aunque el precepto normativo parece exigir que exista una incapacidad temporal previa, hay que tener en cuenta que existe una reiterada jurisprudencia flexibilizadora que postula que la interpretación razonable, lógica, sistemática y finalista de la norma legal permite afirmar que la intención del legislador fue solo establecer la necesidad de un tratamiento previo médico o quirúrgico para conseguir la curación de la enfermedad si fuere posible, pero sin cerrar las puertas de la Seguridad Social.

Para poder fijar el diagnóstico es importante el listado de enfermedades profesionales aprobado por el RD 1299/2006. En este sentido, un sector doctrinal considera que el dolor constituye una secuela altamente invalidante, cuya apreciación no se funda en las meras manifestaciones subjetivas de la persona afectada, sino que existe una base objetiva de la que se puede concluir su existencia. Es decir, entiende que son irrelevantes las manifestaciones dolorosas subjetivas que no se traduzcan en lesiones constatables científicamente ya sea mediante radiografías, electros.... No obstante, en la práctica es difícil escapar de los aspectos subjetivos⁵. Por ello, las enfermedades mentales también pueden ser diagnosticadas.

En tercer lugar, en cuanto a la permanencia, como es sabido, la incapacidad permanente supone, por sí misma, una situación de persistencia. Este carácter definitivo de las reducciones significa la imposibilidad o casi imposibilidad de mejoría. El TS⁶ manifiesta que la invalidez permanente requiere para su declaración que las secuelas no sean susceptibles de curación o mejoría mediante los correspondientes tratamientos médicos. Es decir, no cabe declarar la situación de incapacidad permanente cuando sea posible la curación o la mejoría.

Las reducciones anatómicas o funcionales han de ser irreversibles, aunque siempre ha de existir una cierta esperanza de vida. No obstante, la doctrina ha flexibilizado este concepto al admitir como situaciones constitutivas de incapacidad permanente no solo las reducciones anatómicas o funcionales graves previsiblemente definitivas, sino también aquellas cuya posibilidad de curación se estime médicamente incierta o a largo plazo⁷.

De cualquier forma, cabe la declaración de incapacidad permanente, aunque quepa la revisión poro mejoría, en los casos que la enfermedad pueda remitir, siendo así que el carácter permanente o irreversible se convierte en un requisito de la incapacidad relativo. También es posible incluir en el concepto de incapacidad permanente aquellas enfermedades cuyo proceso no sea continuado, en las que pueden darse periodos asintomáticos más o menos largos, lo que no impide que la crisis se provoque en cualquier momento (Gala Vallejo, 1995: 355).

Lo importante, es, en definitiva, no es tanto relacionar la permanencia con el estado patológico, sino con la capacidad laboral disminuida, ya que el concepto de incapacidad permanente se fundamenta en un criterio de capacidad laboral y funcional según las secuelas de base médica (Rivas Vallejo, 2006: 177).

⁵ STS de 24 de junio de 1986, que señala que «la calificación de la incapacidad correspondiente, en base a las limitaciones que en el trabajador determinan los padecimientos que le aquejan, ofrece graves dificultades para su complejidad, dada la casi imposibilidad de reconducir a unidad los supuestos de hecho en su proyección jurídico-laboral y en razón de los problemas humanos que tres de cada incapacidad permanente se encierran».

⁶ STS de 4 de julio de 1978.

⁷ SSTS de 6 de abril de 1990; de 19 de noviembre de 1990.

El cuarto requisito es la disminución o anulación de la capacidad laboral, elemento clave para determinar una situación como incapacidad permanente, ya que, como se ha indicado, debe relacionarse con la capacidad laboral. Al respecto, el TS ha señalado que «lo decisivo para la determinación de una invalidez permanente y del grado correspondiente no es la mera descripción objetiva de las secuelas, sino el déficit orgánico o funcional que provocan y en definitiva su incidencia en la capacidad laboral del trabajador»⁸.

Lo relevante es la afectación de las limitaciones sobre su rendimiento laboral y su profesión habitual. Los límites legales máximos y mínimos de esa capacidad disminuida son la anulación total de la capacidad de trabajo, y la disminución del 33% de la capacidad, respectivamente. Dentro de dichos límites, la incapacidad se divide en diferentes grados.

Por último, el quinto requisito es que la alteración de la salud ha de ser involuntaria. La anulación o disminución de la capacidad laboral no ha de ser imputable a la persona trabajadora, pues, en caso contrario, podría ser causa de denegación del derecho a la prestación. En este sentido, el dolo, el fraude, la imprudencia temeraria y la negativa a seguir un tratamiento sanitario impiden la calificación de la incapacidad permanente⁹.

5.2. Grados de la incapacidad permanente

El art. 194.1 LGSS establece cuatro grados de incapacidad permanente en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo de la persona trabajadora. Estos grados son: incapacidad permanente parcial, incapacidad permanente total, incapacidad permanente absoluta, y gran invalidez.

Para determinar el grado de la incapacidad permanente de la persona afectada se tiene en cuenta la capacidad laboral residual, de tal forma que se debe analizar cómo incide la reducción de la capacidad de trabajo en el desarrollo de la profesión que habitualmente ejercía la persona interesada antes de producirse el hecho causante.

Por tanto, el criterio para calificar el grado de la incapacidad permanente es el criterio profesional. Según la doctrina (Alonso Olea, Tortuero Plaza, 2002: 101, que señala que «para la calificación de las incapacidades permanentes, a las resultas directas del accidente hay que añadir las lesiones preexistentes de accidentes o enfermedades, laborales o no, anteriores y/o los defectos anatómicos o fisiológicos congénitos del accidentado: todas ellas conforman una nueva situa-

⁸ STS de 8 de abril de 1989.

⁹ SSTSJ Castilla y León, de 13 de noviembre de 1992; Extremadura, de 11 de julio de 1997, deniegan la calificación de la incapacidad permanente ante la negativa a someterse al tratamiento rehabilitador o la falta de colaboración en dicho tratamiento.

ción examinada y calificada en su conjunto»), para ello, deben sumarse los efectos de todas y cada una de las secuelas. Cabe valorar todas las dolencias, pero no de modo individual, sino cómo afectan las consecuencias de todas ellas en la aptitud para el trabajo¹⁰.

Además, cabe señalar que los arts. 37, 38 y 41 Reglamento de Accidentes de Trabajo, de 22 de junio de 1956, aunque ya no están vigentes, son considerados como orientadores para configurar los supuestos de incapacidad permanente.

En primer lugar, la incapacidad permanente parcial viene definida en el art. 194 LGSS/1994 como aquella en la que se encuentra una persona trabajadora cuando sufre una disminución en su capacidad laboral no inferior al 33% del rendimiento normal para la profesión habitual sin llegar a impedir a la persona trabajadora la realización de las tareas fundamentales de la misma.

Como se observa, pues, la incapacidad permanente se califica en el grado de parcial cuando la capacidad laboral se reduce como mínimo un tercio, pero sin que alcance al grado de total. La doctrina jurisprudencial¹¹ considera que el porcentaje de reducción se debe tomar sólo como índice aproximado sin exigir prueba terminante al respecto y específica que no es la disminución de rendimiento lo que se indemniza, sino la discriminación de la capacidad de trabajo. De este modo, se debe declarar la incapacidad permanente parcial cuando no se haya mermado el rendimiento, pero mantener este se debe emplear un esfuerzo físico superior que haga que el trabajo sea más penoso o peligroso. Es posible, también, declarar la situación de incapacidad permanente parcial cuando la persona trabajadora necesite la ayuda de otra persona para realizar alguna tarea propia de su profesión habitual o le es imposible efectuar otras tareas o vea disminuido su ritmo de trabajo¹².

En definitiva, para la declaración de incapacidad permanente parcial hay que atender al conjunto de actividades y tareas que un concreto puesto de trabajo tiene y valorar si la persona trabajadora las ve limitadas al menos en un tercio, ya que si la limitación no alcanza al 33% no cabrá dicha declaración y no podrá cobrar una prestación económica consistente en una indemnización, salvo que se trate de una lesión permanente no invalidante.

¹⁰ STS de 19 de mayo de 1986, que señala que «es doctrina reiterada y uniforme de esta sala que, para calificar el grado de invalidez que padece el trabajador, ha de estarse más que a la índole y gravedad de las lesiones que padece, a las limitaciones que las mismas representan en orden al desarrollo de la actividad laboral, limitaciones que, en la mayoría de los casos, no se obtiene por la suma de cada una de las secuelas, pues alguna de ellas son factor multiplicador más que un simple sumando».

¹¹ SSTS de 30 de junio de 1987; SSTSJ País Vasco, de 17 de septiembre de 1991; Canarias, de 24 de abril de 1992; Galicia, de 28 de enero de 1997.

¹² STSJ Baleares, de 7 de enero de 1993.

En segundo lugar, la incapacidad permanente total es aquella que inhabilita a la persona trabajadora para realizar todas o las tareas básicas de la profesión que venía ejerciendo, siempre que pueda dedicarse a otra distinta. Para valorar dicha afectación o limitación deben compararse dos elementos fácticos, como son, las limitaciones funcionales y orgánicas que producen a la persona trabajadora y los requerimientos físico-psíquicos de su profesión habitual¹³.

En este grado de incapacidad permanente es necesario analizar la conexión entre las lesiones sufridas y el ámbito de las tareas que corresponden a la profesión habitual de la persona trabajadora (Pérez Pineda, García Blázquez, 1999: 69). Debe analizarse si la persona trabajadora es capaz o no de dedicarse a otra actividad diferente, y ello puede llevarse a cabo apreciando la idoneidad psicofísica para trabajar en otra ocupación para la que tenga aptitudes y la posibilidad real de encontrar ocupación lucrativa en el mercado de trabajo¹⁴.

En este caso, la declaración de la incapacidad permanente total no se basa en un porcentaje numérico, sino que la calificación se funda en la imposibilidad de realizar las tareas fundamentales de su profesión, siendo así que en estos casos es difícil concretar cuáles son fundamentales y cuáles no.

Este grado de incapacidad no se declara únicamente cuando la persona trabajadora se ve impedida para realizar todas o las fundamentales tareas de su profesión habitual, sino también cuando no se pueden ejecutar con la profesionalidad, continuidad, dedicación o rendimiento que la relación laboral exige¹⁵; o cuando, sin producir tales efectos, conlleva para la propia persona trabajadora riesgos adicionales a los normales de la profesión¹⁶.

También se declarará la incapacidad permanente total cuando la persona trabajadora pueda realizar otras actividades diferentes o desempeñar tareas menos importantes o secundarias de su propia profesión habitual, siempre que exista una imposibilidad de continuar trabajando en dicha actividad profesional.

En este caso es cuando entra en juego la sensibilidad química múltiple, pues la incapacidad permanente también puede ser declarada en el grado de total cuando se puedan realizar las tareas propias de la profesión, pero esta es incompatible con el ambiente, ya que es posible que el contacto con el trabajo habi-

¹³ STSJ País Vasco, de 4 de marzo de 2003, rec. núm. 265/2003, que señala que «lo que realmente se valora es la trascendencia que tienen las limitaciones con que definitivamente quede la persona trabajadora en orden al desempeño del oficio que realiza habitualmente, en tanto que carece de toda importancia, a estos efectos lo que vayan a repercutir en otros aspectos de la vida o en su capacidad para ejercer otras profesiones distintas. Lo que se tiene en cuenta son las tareas fundamentales de la profesión y no las ligadas al puesto de trabajo que desempeña».

¹⁴ STS de 12 de febrero de 1987.

¹⁵ STS de 12 de febrero de 1987; STSJ País Vasco, de 13 de noviembre de 1992.

¹⁶ SSTs de 12 de julio de 1985; de 6 de marzo de 1986.

tual sea susceptible de provocar en el sujeto una reacción patológica (Goerlich Peset, 1996: 592).

En tercer lugar, la incapacidad permanente absoluta es aquella que inhabilita por completo para cualquier profesión u oficio. Si atendiéramos a la literalidad estricta de este precepto, en pocos casos sería viable la declaración de este grado de incapacidad, ya que por muy grave que sea la situación de una persona con incapacidad siempre cabrá realizar algún tipo de actividad retribuida. Como señala la doctrina

es evidente el rigor de esta definición puesto que son innumerables los trabajos que se pueden realizar incluso estando en una silla de ruedas: desde despachar entradas en un cine hasta manejar un ordenador o impartir clases o hacer traducciones, etc.; por ello se ha evitado una interpretación tan estricta de la ley que convertiría a la invalidez absoluta en un supuesto prácticamente académico» (De La Villa Gil, Desdentado Bonete, 2010: 387).

De hecho, nuestro alto tribunal¹⁷ no ha seguido la literalidad del precepto, sino que ha llevado a cabo una interpretación más flexible, valorando las circunstancias personales de la persona afectada. El TS considera que el precepto legal no puede ser interpretado con rigorismo, ya que conduciría a su inaplicación, sino que ha de ser aplicado con flexibilidad para posibilitar así su aplicación a los diferentes supuestos que la realidad laboral presenta, valorando no solo la patología, sino también las condiciones personales de la persona afectada y, especialmente, su capacidad laboral residual.

En este sentido, vuelve a tener cabida la sensibilidad química múltiple como afección que afecta a la capacidad de la persona trabajadora impidiéndole realizar cualquier actividad laboral por los graves perjuicios para su salud que le causa el ambiente que le rodea donde existen multitud de sustancias químicas y es casi imposible crear un entorno sin sustancia química alguna que le cause afecciones a su salud.

Debe destacarse que nuestro alto tribunal¹⁸ considera que la incapacidad permanente absoluta no tiene por qué suponer una imposibilidad total de realizar cualquier profesión u oficio, siendo suficiente con que le impida a la persona trabajadora realizar la mayor parte de las profesiones u oficios. Por tanto, la incapacidad permanente absoluta se declara a quien no puede realizar la «mayor parte» de las profesiones u oficios, no siendo necesario una imposibilidad total.

Esta incapacidad permanente absoluta no solo debe ser reconocida a la persona trabajadora que carezca de toda posibilidad física para realizar cualquier ac-

¹⁷ STS de 28 de septiembre de 1976.

¹⁸ STS de 21 de marzo de 1970.

tividad laboral, sino también a aquella que, aun conservando ciertas aptitudes para algunas actividades, no tenga facultades reales para consumir las tareas de una actividad, cualquiera que sea.

En definitiva, como señala la doctrina judicial, o la incapacidad permanente absoluta se reconoce cuando las secuelas del accidente o de la enfermedad, definitivas e irreversibles impidan a la persona trabajadora prestar cualquiera de los quehaceres retribuidos que ofrezca el mundo laboral, no pudiendo ser entendido ello a través de una interpretación literal y rígida que nos llevaría a la imposibilidad de su aplicación, y sí por el contrario, en forma flexible para su adaptación a las cambiantes formas en que la actualidad laboral se muestra, valorando primordialmente la real capacidad de trabajo residual que la persona enferma conserva, y teniendo en cuenta que el desempeño de todo trabajo retribuido lleva consigo el sometimiento a una disciplina laboral, trabajo que siempre se requiere ha de desarrollarse con profesionalidad y de modo continuo no susceptible de fases de reposo y de fases de actividad.

Como mantiene la jurisprudencia, deberá declararse la invalidez absoluta cuando resulte una inhabilitación completa del trabajador para toda profesión u oficio, al no estar en condiciones de acometer ningún quehacer productivo, porque las aptitudes que le restan carecen de suficiente relevancia en el mundo económico para concertar alguna relación de trabajo retribuida (STS de 18-1-1988 y de 25-1-1988), implicando no sólo la posibilidad de trasladarse al lugar de trabajo por sus propios medios y permanecer en él durante toda la jornada (STS de 25-3-1988) y efectuar allí cualquier tarea, sino la de llevarla a cabo con un mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia, actuando de acuerdo con las exigencias, de todo orden, que comporta la integración en una empresa, en régimen de dependencia de un empresario, dentro de un orden preestablecido y en interrelación con los quehaceres de otros compañeros (STS de 12-7-1986 y de 30-9-1986), por cuanto no es posible pensar que en el amplio campo de las actividades laborales exista alguna en la que no sean exigibles esos mínimos de dedicación, diligencia y atención que son indispensables en el más simple de los oficios y en la última de las categorías profesionales, salvo que se den un singular afán de superación y espíritu de sacrificio por parte del trabajador y un grado intenso de tolerancia en el empresario pues, de no coincidir ambos, no cabe mantener como relaciones laborales normales aquellas en las que se ofrezcan tales carencias (STS de 21-1-1988). Por tanto, no se trata de la mera posibilidad del ejercicio esporádico de una determinada tarea, sino de su realización conforme a las exigencias mínimas de continuidad, dedicación y eficacia (STS de 6-2-1987), y estando por ello incapacitado para asumir cualquier género de responsabilidad laboral, por liviana o sencilla que sea la profesión u oficio elegido (STS de 29-09-87). En consecuencia, habrá invalidez permanente absoluta siempre que las condiciones funcionales médicamente objetivables del trabajador le inhabiliten para cualquier trabajo que tenga una retribución ordinaria dentro del ámbito laboral (STS de 23-3-1988 y de 12-4-1988)¹⁹.

¹⁹ STSJ Castilla y León, de 20 de febrero de 2019, rec. núm. 2077/2018.

Por último, la gran invalidez es definida como aquella situación de la persona trabajadora que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos. La característica de este grado de incapacidad es la imposibilidad de la persona trabajadora para cuidarse de sí misma precisando la asistencia de una tercera persona para realizar los actos esenciales de la vida. Según la doctrina jurisprudencial²⁰ es suficiente con la imposibilidad de la persona incapacitada para realizar por sí misma uno solo de los actos más esenciales de la vida y la correlativa necesidad de ayuda externa, no siendo tampoco necesario que la ayuda sea constante²¹.

Se consideran actos esenciales, según el tribunal supremo, vestirse, comer y desplazarse (Pérez Pineda, García Blázquez, 1999: 120-121, que señala que «las personas necesitan para su higiene, exigencias psicofísicas, etc., moverse, desplazarse (para ir al cuarto de baño, para abrir una ventana y dejar entrar la luz, para bajar una persiana; y ya fuera de la casa para ir a la consulta médica, a ciertos actos de obligado cumplimiento, etc.)»). No obstante, también caben otros análogos como calzarse, higiene personal, sentarse, acostarse, levantarse, colocarse la prótesis e incluso evitar accidentes²². En este sentido, se estiman que constituyen supuestos de gran invalidez la ceguera total, la paraplejia, la parálisis de piernas que obliga a utilizar silla de ruedas, la pérdida anatómica de varios dedos de ambas manos o la enfermedad de Alzheimer entre otras²³.

6. La sensibilidad química múltiple como contingencia profesional

6.1. Calificación como incapacidad permanente total o absoluta

Como se ha indicado, y siguiendo la normativa vigente sobre incapacidad permanente, el grado de su calificación depende del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo de la persona interesada. Es decir, para el reconocimiento de una situación de incapacidad permanente debe ponerse en relación la patología que sufre la persona trabajadora con su capacidad de trabajo. De esta forma, partiendo de la repercusión de la patología sufrida por la persona trabajadora en el desarrollo de su actividad laboral puede determinarse el grado de incapacidad que sufre para el desempeño de todas o parte de las fundamentales tareas de su profesión habitual, o la imposibilidad para seguir realizando actividad alguna o incluso, la necesidad de la asistencia de una tercera persona. Como señala la doctrina judicial

²⁰ STS de 28 de noviembre de 1988.

²¹ STSJ Galicia, de 16 de febrero de 1996.

²² STS de 30 de enero de 1987.

²³ SSTSJ Andalucía, de 6 de mayo de 1991; Comunidad Valenciana, de 19 de enero de 1993; Castilla-La Mancha, de 27 de febrero de 1997.

la existencia o no de invalidez peramente y su ubicación en uno de los grados legalmente establecidos se determina mediante un complejo proceso valorativo en el que se ponen en relación el cuadro general de las dolencias, la afectación personal y el trabajo del sujeto. Y, como quiera que estos tres elementos y sus interrelaciones recíprocas no son nunca exactamente las mismas, las decisiones van a ser circunstanciales y casuísticas (SSTC 232/91 y 53/96; y STS 15/12/98).

Por ello, la doctrina judicial no ha establecido de forma unánime unos criterios generales y abstractos, sino que la «decisión debe acomodarse a un necesario proceso de individualización, en atención a cuáles sean las concretas particularidades del caso a enjuiciar»²⁴.

De cualquier forma, puede señalarse que el sector judicial mayoritario aboga por la consideración como total y no como absoluta. En este sentido, se pueden encontrar situaciones que afectan a médicos²⁵ que padecen el síndrome de sensibilidad química múltiple, declarando que esta enfermedad le inhabilita para realizar las tareas propias de su profesión habitual, pero no para realizar otras actividades. Así también se ha declarado en el caso de una funcionaria auxiliar administrativa²⁶, por considerar que se trata de una enfermedad de carácter limitativo, crónico e irreversible, que se traduce en cuadros clínicos limitativos muy importantes, que obligan al uso continuo de mascarilla FFP2, dieta con productos naturales, necesidad de uso de ropa de fibra natural, no entrar en contacto con jabones, pastas de dientes, detergentes, lejías, colonias, perfumes, desodorantes, no poder asistir a supermercados, cines, bares, peluquerías, y necesidad de confinamiento en el domicilio, lo cual imposibilita el desempeño del trabajo con un mínimo de garantía de rendimiento y eficacia. También en el caso de una técnica en anatomía patológica al considerar que sí se le reconoce la incapacidad en grado de total, pero «no estimamos, sin embargo, que el cuadro patológico descrito resulte tributario del reconocimiento del grado de absoluta de la incapacidad permanente, al no haber sido acreditado que le impida el desarrollo de actividades en que tales agentes químicos no se encuentren presentes»²⁷.

Asimismo, ha sido declarada con incapacidad permanente total una persona profesora de enseñanza secundaria, puesto que dicha enfermedad la imposibilita totalmente para el desempeño de las funciones propias de su actividad docente y las medidas propuestas por la Administración para la readaptación del puesto

²⁴ STSJ Galicia, de 20 de junio de 2019, rec. núm. 4378/2018.

²⁵ STSJ Galicia, de 20 de junio de 2019, rec. núm. 4378/2018, que señala que «la incapacidad permanente lo es para el ejercicio de su profesión habitual, y la incompatibilidad de la demandante se da con las condiciones de ejercicio de su puesto de trabajo, puestas en relación con los padecimientos que sufre».

²⁶ STSJ Galicia, sala contencioso-administrativo, de 24 de mayo de 2022, proc. núm. 232/2021.

²⁷ STSJ Cataluña, de 28 de febrero de 2020, rec. núm. 4513/2019.

de trabajo de la persona afectada no eran ni suficientes ni efectivas²⁸. De igual modo, ha sido declarado en total en el caso de una persona trabajadora que es bombero conductor por considerar que no cabe la incapacidad permanente absoluta al no impedirle desempeñar cualquier otra profesión, ya que estima que «por más que el demandante haya referido que hay muchos agentes que están en el medio ambiente o en artículos alimenticios, carburantes, ambientadores, etc.,... no están en la cantidad suficiente para que solo por su proximidad pueda generarles una grave sintomatología»²⁹.

6.2. Consideración como derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional

La calificación de la sensibilidad química múltiple como incapacidad permanente derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional no es nada pacífico, pues se trata, como se ha señalado, de una enfermedad compleja por cuanto no resulta nada objetivo su determinación, especialmente, entre el seno de la comunidad científico-médica. Además, aunque no se trata de una enfermedad de las denominadas «raras», ya que no se encuentra en el intervalo de población afectada (en Europea 1/2000), pues su afectación social entre un 0,2 y un 4% del total de la población, y con mayor incidencia sobre las mujeres, sin embargo, es muy complejo su diagnóstico. A ello, cabe recordar que esta enfermedad puede manifestarse con diversos síntomas, y afectar a diversos órganos y sistemas, lo cual dificulta aún más el proceso de calificación. De ahí, la dificultad a la hora de diagnosticarla.

En este sentido, como es sabido, es el art. 157 LGSS el que conceptualiza el concepto de enfermedad profesional señalando que es aquella «contraída a consecuencia del trabajo ejecutado en las actividades que se especifiquen en el cuadro de enfermedades profesionales y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional». Según la doctrina, la enfermedad profesional tiene su base en el elemento etiológico, es decir, debe ser adquirida como consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena o asimilado; y en el elemento enumerativo, que implica que la enfermedad debe ser consecuencia de las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe reglamentariamente, y una relación directa entre ellos (López Gandía, 2014: 286).

Esta regulación se complementa con el RD 1299/2006 que recoge el listado de enfermedades profesionales, de tal forma que para que una enfermedad sea considerada como profesional deben concurrir tres requisitos, cuales son es-

²⁸ STSJ Castilla-La Mancha, sala contencioso-administrativo, de 14 de mayo de 2020, rec. núm. 626/2018.

²⁹ STSJ Asturias, de 25 de julio de 2023, rec. núm. 826/2023.

tar recogida como tal en el citado cuadro legal; que sea causada por el agente y subagente señalado en el citado cuadro; y que la profesión aparezca listada en el RD como actividades en las que se esté expuesto a dicho riesgo profesional.

De hecho, en relación con el cuadro de enfermedades profesionales del RD 1299/2006, existe una presunción *iuris et de iure* en la conexión entre el trabajo y la enfermedad. Ello significa que si la persona trabajadora contrae una de las enfermedades que aparece en el listado legal y ha realizado actividades o manejado sustancias incluidas en el Anexo I, existe una presunción *iuris et de iure* de que existe una enfermedad profesional. Así lo confirma el TS cuando indica que «en virtud de la presunción contenida en el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social tal prueba no se exige al trabajador en ningún caso en las enfermedades profesionales listadas»³⁰. Es decir, una

enfermedad profesional no es cualquier patología contraída en el trabajo, sino únicamente aquella que, teniendo su origen en el medio laboral, está expresamente tipificada como tal en la correspondiente lista oficial. En consecuencia, para poder configurar una determinada contingencia como derivada de enfermedad profesional, habrá que estarse a los siguientes elementos: a) que la enfermedad se haya contraído a consecuencia de la actividad profesional, ya sea por cuenta propia o ajena; b) que se trate de alguna de las actividades que reglamentariamente se determinen; y c) que esté provocada por la acción de elementos y sustancias que se establezcan para cada enfermedad (Aragón Gómez, 2020).

La razón no es más que nuestro sistema de calificación de enfermedades profesionales es el sistema de lista cerrada. Este sistema parte de que solo son enfermedades profesionales aquellas que estén recogidas en el catálogo normativo y siempre que hayan sido causadas por las sustancias y elementos en los sectores previamente determinados en dicho catálogo. Las ventajas de este modelo son la rapidez y la eficacia, pues la calificación de la enfermedad es automática sin que la persona trabajadora tenga que probar la relación de causalidad entre la dolencia y la realización de la actividad laboral (Moreno Cáliz, 2001: 81). Pero este sistema tiene el inconveniente de la falta de actualización. De ahí que se prevea la posibilidad de su modificación en su art. 2.1 indicando que «las enfermedades no incluidas en el Anexo I que sean incorporadas como enfermedades profesionales a la lista europea, serán objeto de inclusión por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el cuadro de enfermedades profesionales».

Si se analiza la lista de enfermedades profesionales del RD 1299/2006, cabe destacar, por un lado, que en las recogidas en el grupo 1 —es decir, las causadas por agentes químicos—, no existe nominación explícita de enfermedad alguna en esta lista, por lo que debe actuarse por reenvío a lo que tenga establecido en

³⁰ STS de 19 de mayo de 1986.

cada momento la ciencia médica. Es decir, relacionado el concreto agente químico que, en cada caso, se cita con una determinada actividad económica o tipo de industria en el que efectivamente se trabaje o se haya trabajado. Ello lleva de nuevo al debate de si la lista se configura como abierta, cerrada o mixta.

Por otro lado, como se observa en el título del grupo 4, esto es, las «causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados», cabe entender que se incluyen otras sustancias químicas y ambientales. No obstante, en este grupo no se hace referencia alguna a la sensibilidad química múltiple.

En cuanto a su calificación como accidente de trabajo, es el art. 156 LGSS el que recoge este concepto jurídico, previsión que ha sido interpretada por la doctrina jurisprudencial. Del art. 156 LGSS se desprende la existencia de tres requisitos para estar ante un accidente de trabajo, tales como la lesión corporal o elemento objetivo, el desarrollo de una relación de trabajo por la persona trabajadora o elemento subjetivo, y la relación de causalidad entre la lesión y la prestación laboral o elemento causal.

En primer lugar, respecto a la lesión corporal, en principio, hace referencia a aquel menoscabo físico o fisiológico sufrido en la salud de la persona trabajadora derivado de una fuerza externa súbita y violenta. No obstante, se incluye también aquella enfermedad producida por elementos internos o motivada a partir de un deterioro lento y progresivo según los arts. 156.2 e) y 157 LGSS. Y es aquí donde podría encajar el síndrome de sensibilidad química múltiple. En segundo lugar, respecto al elemento subjetivo, el propio concepto de accidente de trabajo del art. 156.1 LGSS exige que la lesión se produzca en la ejecución de la prestación laboral. Por último, la relación de causalidad entre la lesión y la prestación laboral significa que el daño debe ser causado por el trabajo realizado, si bien la jurisprudencia³¹ ha precisado que se trata de una causalidad amplia, con lo cual basta con que el nexo causal, indispensable en algún grado, concorra sin precisar su significación, próxima o remota, concausal o coadyuvante, debiéndose otorgar dicha calificación cuando no aparezca acreditada la ruptura de la relación de causalidad entre la actividad profesional y el padecimiento, excepto cuando resulte claramente que se rompe aquella relación, como en los casos de fuerza mayor.

De esta forma, el art. 156.2 e) LGSS recoge el concepto de enfermedad derivada del trabajo, figura más bien de creación jurisprudencial y doctrinal, a partir de la propia configuración histórica del riesgo profesional entendido en un sentido amplio y de la toma en consideración de nuevas patologías y de su relación con el trabajo, es decir, en contraposición al riesgo común. Por tanto, cualquier enfermedad que contraiga la persona trabajadora, aun cuando sea en el

³¹ STS de 4 de noviembre de 1988, rec. núm. 234/1987.

trabajo, de no estar recogida en la lista legal, tendría la consideración de enfermedad común. De este modo, desde la sentencia del Tribunal Supremo de 7 de junio de 1903 se considera que el concepto de accidente de trabajo comprende no sólo las lesiones externas causadas por accidentes, sino también las lesiones internas provocadas por enfermedades cuando estén causadas por el trabajo, ampliando así el concepto para no dejar desprotegidas a las personas trabajadoras ante enfermedades contraídas en el puesto de trabajo, debido a que no se había configurado todavía la noción de enfermedad profesional.

Las enfermedades del trabajo son enfermedades de naturaleza común, pero cuya etiología se conecta con el trabajo, y su calificación y consideración como accidente de trabajo responde al mismo fundamento que los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, pues el funcionamiento de la empresa es un factor objetivo desencadenante del riesgo del que deriva la contingencia. Y es aquí donde el síndrome de sensibilidad química múltiple tiene su encuadre.

Concretamente, el art. 156.2 e) LGSS atribuye la condición de accidente de trabajo cuando, no estando incluidas en la lista de enfermedades profesionales, se contraigan «con motivo de la realización de su trabajo», siempre y cuando «se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo». Aquí tienen cabida aquellas enfermedades no recogidas en el RD 1299/2006, pero que van a tener la protección que ofrece el accidente de trabajo, siempre que se cumplan dos condiciones, cuales son, por un lado, que la enfermedad la contraiga la persona trabajadora con motivo de la realización de su trabajo, y, por otro lado, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. Debe demostrarse, pues, la relación entre el trabajo y la enfermedad, pero esta prueba no es nada fácil. De cualquier forma, debe indicarse que la exigencia legal de que el trabajo constituya la única causa de la enfermedad, ha sido flexibilizada, entendiéndose que existe enfermedad del trabajo cuando el ambiente laboral tiene prioridad, prevalencia o es decisivo, aunque no exclusivo (González Ortega, 2017: 37).

Por otro lado, cabe también tener presente la posibilidad de encajar el síndrome de sensibilidad química múltiple en el apartado f) del art. 156.2 LGSS, que alude a «las enfermedades o defectos padecidos por el trabajador con anterioridad al accidente, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente». De esta definición se pueden extraer los siguientes elementos. En primer lugar, se requiere que la persona trabajadora padezca una enfermedad o defecto previo. Esta dolencia previa puede tener un origen común o profesional. Tampoco se exige que sea física, pudiendo ser psíquica, fisiológica o sensorial, incluyéndose así el síndrome de sensibilidad química múltiple. Cabe tener presente, no obstante, que este supuesto no comprende aquella enfermedad previa que, una vez que la persona trabajadora restablezca las consecuencias del accidente, ve agravada su estado de salud por una posterior evolución de dicha

enfermedad preexistente, ni aquel accidente que hace surgir una patología derivada de lesiones que la persona trabajadora padecía anteriormente sin que le hubieran provocado alteraciones relevantes.

En segundo lugar, se requiere que se produzca una lesión o accidente que agrave de forma cualitativa la enfermedad previa, de tal forma que debe suponer una agravación del estado patológico previo empeorando las limitaciones que ya padecía. La clave de este requisito se halla, a primera vista, en que el accidente conlleve una agravación del estado patológico previo³². No obstante, la doctrina jurisprudencial no exige que se produzca propiamente un accidente que agrave la enfermedad previa, siendo suficiente la realización de un esfuerzo o un movimiento que agrave el estado previo.

En tercer lugar, debe existir un nexo causal entre la lesión que padece la persona trabajadora y el trabajo que desempeña, ya sea bien por consecuencia, bien con ocasión del mismo, circunstancias diferentes que complican la demostración de la relación de causalidad, al tratarse de procesos patológicos que se desarrollan en un periodo de tiempo más o menos prolongado, susceptibles de ser afectados en mayor o menor medida por factores de diversa índole. De cualquier forma, esta relación de causalidad debe entenderse en un sentido amplio y flexible. En este sentido, la doctrina judicial³³ ha tratado de delimitar lo que se denomina concausalidad al señalar que

son accidentes de trabajo, los resultantes de la agravación de enfermedades o defectos preexistentes, de modo que junto a las relaciones de causalidad u ocasionalidad entre trabajo y lesión, pueden darse las de concausalidad entre el accidente y otras lesiones preexistentes o sobrevenidas. La existencia del primer tipo de concausalidad, se produce cuando, como consecuencia de condiciones morbosas (enfermedad o defecto físico) anteriores al accidente, éste provoca una lesión más grave o distinta de la que hubiera determinado por sí mismo (preexistencia de la concausa). El accidente actúa así como elemento agravante o desencadenante de esas condiciones patológicas considerándose el resultado de ambas causas como lesión determinada por el accidente de trabajo.

³² STS de 10 de junio de 2003, rec. núm. 1866/2002, que señala que deriva de contingencia profesional la agravación de enfermedades o defectos padecidos con anterioridad en un supuesto en que un trabajador sufre una lumbalgia que afecta a una patología del sistema osteo-articular y que determina una incapacidad permanente en grado de total para su profesión habitual. Concluye que «aún en el caso de no existir una agravación de anteriores dolencias nos hallaríamos en una reducción funcional que arranca de la lesión sufrida en tiempo y lugar de trabajo». Tales antecedentes dejan de manifiesto que si se produce, sin solución de continuidad, una incapacidad permanente consecuente a un accidente de trabajo que actúa sobre la salud del trabajador incidiendo sobre patologías de carácter común, aún en tal supuesto la contingencia habría de ser profesional, dada la continuidad en la situación de incapacidad que se produce a partir de la fecha del accidente.

³³ STSJ Navarra, de 19 de julio de 2010, rec. núm. 141/2010.

Si se analiza la doctrina judicial y jurisprudencial, se puede observar que existen diversas sentencias que reconocen la existencia de la sensibilidad química múltiple³⁴. Destaca que un gran sector doctrinal judicial³⁵ estima que el síndrome de sensibilidad química múltiple es causa de incapacidad permanente por contingencia profesional, al considerarse probada la presencia habitual de sustancias propias del RD 1299/2006 como origen de su desencadenamiento. Así se ha declarado, por ejemplo, en el caso de una persona trabajadora dedicada a la restauración de pinturas y cuadros³⁶, por estar en contacto con pinturas y productos químicos; en el caso de una técnica en anatomía patológica³⁷; o en el caso de una persona trabajadora auxiliar de clínica por la exposición continua a sustancias químicas³⁸, entre otros.

Sin embargo, en otros casos, la doctrina judicial ha estimado que como esta enfermedad no se encuentra en la lista del RD 1299/2006, es necesario probar que su origen es laboral para que sea considerada como contingencia profesional³⁹. En este sentido, en un caso de una trabajadora del sector del metal, concretamente de una empresa de la industria del automóvil, que prestó servicios en distintos departamentos de la empresa en los que estuvo en contacto con diversos agentes químicos y sustancias, desde plásticos a disolventes, lubricantes, polvos de pintura..., el órgano judicial⁴⁰ estimó que

no basta para tener la consideración de accidente de trabajo, pues, en enfermedades no definidas como legal y reglamentariamente profesionales, es preciso que las 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.

Por tanto, «el hecho de que una enfermedad de etiología común se revele exteriormente con ocasión del ejercicio de la ocupación laboral no dota a la

³⁴ STSJ Castilla y León, de 6 de julio de 2010, rec. núm. 381/2010, que señala que «se consideró que podía tratarse de una intolerancia ambiental idiopática o también llamada sensibilidad química múltiple, que se define: «un trastorno adquirido por síntomas recurrentes, relacionado con múltiples factores ambientales tolerados por la mayor parte de las personas y que no se explica por ningún trastorno médico o psiquiátrico». Diagnóstico que sirvió para la que la actora tuviese reconocida una IT por enfermedad profesional por inhalación de pegamento, que le provoca un cuadro asmático, con disnea y tos, pero no para la imposición de un recargo de prestaciones a cargo de la Administración demandada, toda vez que el accidente fue consecuencia de la sensibilidad química múltiple padecida por la trabajadora con anterioridad, de tal manera que las mismas circunstancias ambientales concurrentes eran soportables por la mayor parte de las personas».

³⁵ STSJ Cataluña, de 25 de octubre de 2010, rec. núm. 100/2010; Cataluña, de 27 de enero de 2010, rec. núm. 6689/2008; País Vasco, de 26 de enero de 2010, rec. núm. 2475/2009. También SJS núm. 4 Valencia, de 30 de enero de 2020, proc. núm. 247/2019.

³⁶ SJS núm. 4 Valencia, de 30 de enero de 2020, proc. núm. 247/2019.

³⁷ STSJ Cataluña, de 28 de febrero de 2020, rec. núm. 4513/2019.

³⁸ STSJ Cataluña, de 9 de octubre de 2017, rec. núm. 3747/2017.

³⁹ STSJ Cataluña, de 3 de mayo de 2018, rec. núm. 1614/2018.

⁴⁰ STSJ Cataluña, de 9 de noviembre de 2011, rec. núm. 5138/2010.

misma, sin más, de la característica jurídica de accidente de trabajo, en tanto en cuanto no se demuestre la efectiva influencia de aquel ejercicio laboral en la aparición de la patología de referencia». Así, en algún caso, se ha estimado que la sensibilidad química múltiple no tiene la consideración de contingencia profesional por no quedar demostrado su origen laboral⁴¹, como en el caso de una persona trabajadora que realizaba tareas como operador de máquina de impresión, al no haber quedado acreditado que los padecimientos de la persona trabajadora tengan causa en exposición a sustancias tóxicas en tiempo y lugar de trabajo⁴². Así también se ha declarado en el caso de una persona técnico en educación infantil que presta servicios en centro de guardería⁴³.

En definitiva, considera que en el caso de la sensibilidad química múltiple se requiere demostrar la «imprescindible exclusiva causalidad». Ello lleva, a mi juicio, a soluciones radicales que van a imposibilitar la calificación de esta enfermedad como derivada del trabajo.

7. Conclusión

La sensibilidad química múltiple es una enfermedad nada pacífica, sino más bien controvertida y no aceptada por todos los expertos científico-sanitarios. No obstante, la sensibilidad química múltiple afecta de forma directa al ámbito de la salud laboral y de la política preventiva.

Esta patología se caracteriza por manifestarse ante una exposición continuada a sustancias y productos tóxicos y químicos. Y, en este sentido, puede ser causada en el lugar de trabajo. El problema es la dificultad en determinar su origen y su relación con el trabajo cuando las causas son múltiples y pueden concurrir factores extralaborales. El síndrome de sensibilidad química múltiple es un síndrome de difícil etiqueta y cuyo origen no es siempre fácil de relacionar única y exclusivamente con el trabajo, impidiendo de esta forma que se pueda declarar de forma objetiva que tenga génesis y etiología en exposición a sustancias tóxicas en lugar y tiempo de trabajo.

Además, su consideración como incapacidad permanente total o absoluta no es de fácil catalogación, pues para ello debe analizarse caso por caso las circunstancias concurrentes, su incidencia en la capacidad laboral y la relación con la profesión habitual.

⁴¹ STSJ País Vasco, de 15 de marzo de 2016, rec. núm. 416/2016.

⁴² STSJ Cataluña, de 1 de febrero de 2016, rec. núm. 5824/2015.

⁴³ STSJ Madrid, de 15 de noviembre de 2021, rec. núm. 528/2021.

De cualquier forma, lo que no cabe duda es que se trata de una patología emergente, actualmente incurable, crónica, con un gran impacto en la vida de la persona afectada y una importante repercusión en su estado anímico, debido a las limitaciones y a las pérdidas tanto laborales, económicas, familiares o sociales, así como al desconocimiento general sobre esta patología y a la incompreensión, no sólo social, sino de gran parte de la comunidad sanitaria, y que implica serias limitaciones para la vida cotidiana. La persona afectada por sensibilidad química múltiple tiene necesidad de utilizar productos especiales en todas las áreas de la vida, tanto en el aseo personal, la limpieza doméstica o la alimentación, así como utilizar mascarilla, purificador de aire y otros instrumentos que les permitan no recibir el 100% del impacto de los tóxicos que se encuentran en el ambiente⁴⁴. Por ello, es necesario, intentar proteger a la persona afectada y ofrecerle una prestación social y de Seguridad Social que, como mínimo, le compense la pérdida salarial que le supone no poder prestar servicios como cualquier persona.

8. Bibliografía

- ALEGRE DE MIQUEL, Cayetano, *et al.* (2010) «Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia», *Actas Esp. Psiquiatr.*, 38.
- ALONSO OLEA, Manuel; TORTUERO PLAZA, José Luis (2002) *Instituciones de Seguridad Social*, Madrid: Civitas.
- AQUAS 2017, Grup de treball sobre fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica (2017) *Fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica: recomanacions sobre el diagnòstic i tractament*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

⁴⁴ STSJ Castilla-La Mancha, sala contencioso-administrativo, de 14 de mayo de 2020, rec. núm. 626/2018, donde se reconoce que «por su trabajo como profesora, está expuesta continuamente a los productos higiénicos de los alumnos (colonias, desodorantes, suavizantes y detergentes de lavados de las ropas, etc.) así como a los productos de limpieza del aula (lejías, detergentes, ambientadores, etc.). Productos que no puede evitar porque habría que cambiar completamente los hábitos de higiene y limpieza de los alumnos y sus familiares con los que tiene obligado contacto y de las normas de limpieza del centro de trabajo. Por todo lo anterior entiendo que Estela afectada de un SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE está incapacitada para ejercer su profesión habitual en un centro de enseñanza donde es imposible evitar la exposición a las sustancias causantes de sus síntomas y debe concedérsele la incapacidad laboral. De continuar expuesta a dichos productos la evolución de la enfermedad será la persistencia y empeoramiento de sus síntomas, pudiendo llegar a lo que se conoce como «personas burbuja» condenadas a vivir casi completamente aisladas. Así mismo se encuentra incapacitada para la realización de cualquier actividad en contacto con público o en ambientes donde haya productos químicos, olores, etc.

Actividades normales y cotidianas como puede ser ir al cine, a un restaurante, a hacer la compra, a trabajar, etc., que en cualquier persona no supone ninguna limitación, en esta paciente puede ser una actividad molesta, con múltiples síntomas y molestias y llegan a ser actividades imposibles de realizar».

- ARAGÓN GÓMEZ, Cristina. (2020) «Contagio del personal sanitario: ¿accidente de trabajo? Reflexiones en torno al art. 9 RD Ley 19/2020», [blog] *El Foro de Labos*. Disponible en <https://forodelabos.blogspot.com/2020/06/contagio-del-personal-sanitario.html>
- BARBA MORA, Antonio (2001) *Incapacidad permanente y Seguridad Social*. Pamplona: Aranzadi.
- BARTHA, Louis, *et al.* (1999) «Multiple chemical sensitivity: A 1999 consensus», *Arch Environ Health*, 54.
- BASCOM, Rebecca (1992) «Multiple chemical sensitivity: a respiratory disorder?», *Toxicol Ind Health*, 8.
- BINKLEY, Karen, *et al.* (2001) «Idiopathic environmental intolerance: increased prevalence of panic disorder-associated cholecystikinin B receptor allele 7», *Allergy Clin Immunol*, 107.
- CARESS, Stanley; STEINEMANN, Anne (2002) «Prevalence of múltiple chemical sensitivities: A population-based study in the Southeastern United States», *Am J Public Health*, 94.
- CHUMILLAS, Patricia, *et al.* (2015) *Manual de sensibilidad química múltiple*. Lérida: Ajuntament de Lleida.
- CULLEN, M.R. (1987) «The worker with múltiple chemical sensitivities: an overview», *Occupational Medicine*.
- DE LA VILLA GIL, Luis Enrique; DESDENTADO BONETE, Aurelio (2010) *Manual de Seguridad Social*. Cizur Menor: Aranzadi.
- DOTY, Richard, *et al.* (1998) «Olfactory sensitivity, nasal resistance and autonomic function in patients with multiple chemical sensitivities», *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 114.
- ESTEBAN LEGARRETA, Ricardo; RODRÍGUEZ BEA, Elena (2000) «Dos puntos conflictivos en la determinación de la nueva pensión por incapacidad permanente», VV. AA.: *Presente y futuro de la contratación laboral y de las pensiones*. Albacete: Comares.
- FABREGAT MONFORT, Gemma (2005) «La profesión habitual como a profesión habitual como determinante de la incapacidad permanente total», *Aranzadi Social*, 7.
- FERNÁNDEZ SOLÁ, Joaquim; LLUÍS PADIERNA, Meritxell; NOGUÉ-XARAU, Santiago; MUNNÉ MAS, Pere (2005) «Síndrome de fatiga crónica e hipersensibilidad química múltiple tras exposición a insecticidas», *Medicina Clínica*, 124.
- GALA VALLEJO, César (1995) *El sistema de la Seguridad Social en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- GOERLICH PESET, José María (1996) «La protección de la incapacidad: algunos puntos críticos de la doctrina jurisprudencial unificada», *AL*, 31.
- GONZÁLEZ ORTEGA, Santiago. (2017) «Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia», en BARCELÓN COBEDO, Susana y GONZÁLEZ ORTEGA, Santiago. (Dir.), *Las enfermedades profesionales*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- GRAVELING, Richard, *et al.* (1999) «A review of multiple chemical sensitivity», *Occup Environ Med*, 56.
- LAGO BLANCO, Eva, *et al.* (2016) «Sensibilidad química múltiple: evaluación clínica de la gravedad y perfil psicopatológico», *Medicina Clínica*, 146, 3.
- LAX M.B.; HENNEBERGER, P.K. (1995) «Patients with multiple chemical sensitivities in an occupational Health clinic: Presentation and follow-up», *Arch Environ Health*, 50.
- LÓPEZ GANDÍA, Juan. (2014) «Acción protectora I. las contingencias protegidas», en AA.VV. *Curso de Seguridad Social*. Valencia: Tirant lo Blanch.

- LÓPEZ POUSA, Secundino; GARRE-OLMO, Josep (2007) «Demencia. Concepto. Clasificación. Epidemiología. Aspectos socioeconómicos», *Medicine*, 9.
- MILLER C.S.; PRIHODA, T.J. (1999) «The Environmental Exposure and Sensitivity Inventory (ESSI): A standardized approach for measuring chemical intolerances for research and clinical Applications», *Toxicol Ind Health*, 15.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011) *Fibromialgia*. Madrid: MSPSI.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2014) *CIE-9-MC*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- MORENO CÁLIZ, Susana. (2001) «La tutela de la enfermedad profesional: aspectos controvertidos», *AS*, 9.
- NOGUÉ XARAU, Santiago (2011) «Sensibilidad química múltiple», *Medicina Clínica*, 136, 15
- NOGUÉ XARAU, Santiago, *et al.* (2007) «Multiple chemical sensitivity: study of 52 casos», *Medicina Clínica*, 129, 3.
- NOGUÉ XARAU, Santiago, *et al.* (2010) «Sensibilidad química múltiple: diferencias epidemiológicas, clínicas y pronósticas entre la de origen laboral y la de origen no laboral», *Medicina Clínica*, 135, 2.
- NOLTHE, John (1993) *The Human Brain: An introduction to its functional anatomy*, St. Louis, Mosby –Year Book.
- OBIOLS I PALAU, Josep (2000) *NTP 557. Intolerancia ambiental idiopática (IAI): sensibilidad química múltiple y fenómenos asociados*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- ORTEGA BENITO, José María (2002) «Prestación de servicios sanitarios basados en la evidencia: hipersensibilidad química múltiple o intolerancia ambiental idiopática», *Medicina Clínica*, 118.
- ORTEGA PÉREZ, Arturo (2007) «Hipersensibilidad química múltiple: en busca de la sistematización de su diagnóstico», *Medicina Clínica*, 129.
- PÉREZ AVELLANEDA, Alba; MARTÍNEZ GÓMEZ, Mónica (2009) «Síndrome de fatiga crónica. Documento de consenso», *Aten. Primaria*, 41.
- PÉREZ PINEDA, Blanca; GARCÍA BLÁZQUEZ, Manuel (1999) *Fundamentos médico-legales de la incapacidad laboral permanente*. Granada: Comares.
- PERICOT NIERGA, Inmaculada, *et al.* (2009) «Perfil cognitivo en la fibromialgia. Comparación con un grupo con deterioro cognitivo leve», *Medicina clínica*, 133.
- REGAL RAMOS, Raúl Jesús (2010) «¿Qué evidencia científica tienen los métodos propuestos para valorar la discapacidad laboral de los pacientes con síndrome de sensibilización central?», *Medicina de Familia*, 46.
- RIVAS VALLEJO, Pilar (Dir.) (2006) *Tratado Médico-legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico*. Cizur Menor: Aranzadi.
- RIVERA, Javier, *et al.* (2006) «Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia», *Reumatol Clin*, 2.
- RODRÍGUEZ JOUVENCEL, Miguel (1993) *La incapacidad permanente para el trabajo*. Barcelona: Bosch.
- SCHOTTENFELD, Richard (1987) «Workers with multiple chemical sensitivities: psychiatric approach to diagnosis and treatment», *Occup Med*, 2.
- SULLIVAN, James Bolling, *et al.* (2001) «Low-Level Chemical Sensitivity and Chemical Intolerance», SULLIVAN James Bolling (Coord.) *Clinical Environmental Health and Toxic Exposure*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

- TOSCANI JIMÉNEZ, D. (2012) El régimen de las pensiones de incapacidad permanente: derechos y obligaciones de solicitantes y beneficiarios. Valencia : Tirant lo Blanch.
- VAN TRIEL, Christoph, *et al.* (2008) «Odor Annoyance of Environmental Chemicals: Sensory and Cognitive Influences», *J Toxicol Environ Health A*, 71.
- WIESMÜLLER, Gerard Andreas, *et al.* (2008) «Sequence Variations in Subjects with Self-Reported Multiple Chemical Sensitivity (sMCS): A Case-Control Study», *J Toxicol Environ Health A*, 71.
- WOLFE, Theodore, *et al.* (2010) «The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity», *Arthritis Care Res*, 62.