

MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

Inspección médica

¿Existen diferencias entre la Fibromialgia, el Síndrome de Fatiga Crónica y la Sensibilidad Química Múltiple en Cataluña y el resto de España?

Are there differences among Fibromyalgia, Chronic Fatigue Syndrome and Multiple Chemical Sensitivity in Catalonia and the rest of Spain?

Raúl Jesús Regal Ramos¹

1. Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Madrid. España.

Recibido: 18-05-16

Aceptado: 02-06-16

Correspondencia

Raúl Jesús Regal Ramos.

Médico Inspector de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Madrid. España.

Calle López de Hoyos 169.

28002 - Madrid. España.

Teléfono: 915907143

Correo electrónico: rauljesus.regal@inss.seg-social.es

Resumen

«Observando las sentencias recogidas en los medios de comunicación sobre la incapacidad laboral en pacientes con Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica o Sensibilidad Química Múltiple advertimos que dichas sentencias proceden con más frecuencia de los tribunales judiciales de Cataluña. Analizar las desigualdades territoriales en materia de incapacidad laboral y tomar las medidas correctoras adecuadas debe ser uno de los objetivos principales de las autoridades sanitarias, del Instituto Nacional de la Seguridad Social, así como de los jueces y magistrados. En este trabajo estudiamos las variables que pueden influir en estas diferencias.»

Med Segur Trab (Internet) 2016; 62 (243) 136-140

Palabras clave: *Fibromialgia. Síndrome de fatiga crónica. Sensibilidad química múltiple. Incapacidad permanente.*

Abstract

«Noting the statements contained in the press on labor disability patients with fibromyalgia, Chronic Fatigue Syndrome and Multiple Chemical Sensitivity we note that these judgments come more often from the courts of Catalonia. Analyze territorial inequalities on incapacity and take appropriate corrective action must be one of the main objectives of the health authorities, the National Institute of Social Security and also of judges and magistrates. The variables that can influence such discrepancies are going to be studied in this paper.»

Med Segur Trab (Internet) 2016; 62 (243) 136-140

Key words: *Fibromyalgia. Chronic Fatigue Syndrome. Multiple Chemical Sensitivity. Permanent disability.*

Cuando me entero por los medios de comunicación que los tribunales judiciales en Cataluña han concedido una incapacidad a un paciente con Fibromialgia (FM), Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) o Sensibilidad Química Múltiple (SQM), sé que en breve alguno de los pacientes que acuden a mi consulta me va a volver a preguntar: «¿Porque se conceden con más frecuencia pensiones de incapacidad por estas patologías en Cataluña que en Madrid o en otras comunidades?». Y probablemente tengan razón ya que si consultamos internet podemos ver fácilmente multitud de ejemplos de dichas sentencias. La pregunta no tiene una respuesta sencilla. Analicemos las variables que pueden influir:

LA PATOLOGÍA

La FM se caracteriza por dolor generalizado con frecuencia acompañado de fatiga, problemas de memoria y alteraciones del sueño, de etiopatogenia no aclarada¹. El SFC se caracteriza fundamentalmente por fatiga intensa (física y mental), sin causa conocida y de carácter permanente, que se asocia a manifestaciones sistémicas físicas y neuropsicológicas². Por último, la SQM se caracteriza por la presencia de una gran variedad de síntomas (neurológicos, osteomusculares, gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, afectivos, cognitivos, etc.) vinculados con una amplia variedad de agentes y componentes que se encuentran en el medio ambiente, manifestándose dichas reacciones con una exposición a niveles generalmente tolerados por la mayoría de las personas.

Si bien cada comunidad autónoma (CCAA) puede elaborar sus propios planes asistenciales para estas enfermedades, los criterios de valoración de sus limitaciones deben ser uniformes ya que no existe ninguna evidencia científica que nos indique que estas patologías se comporten de una manera más agresiva o que muestren un peor pronóstico en Cataluña que en otras CCAA.

La calificación de la incapacidad en la FM/SFC/SQM, como en cualquier otra patología, se ve influida por las comorbilidades asociadas. Por este motivo no es posible realizar estadísticas fiables que permitan comparar la Incapacidad Permanente (IP) concedida en el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o a nivel judicial entre las diferentes provincias. Pero si es una realidad que las comorbilidades que se asocian a estas patologías (fundamentalmente reumatológicas y psiquiátricas) son muy similares en todos los países.

Por tanto tenemos que FM/SFC/SQM tienen las mismas limitaciones, pronóstico y comorbilidades en las distintas CCAA de España.

EL TRABAJO

Si bien el perfil ocupacional puede variar en algunas zonas de España, no se observan diferencias relevantes entre Andalucía, Cataluña, Valencia, Galicia, Madrid o el País Vasco. Según datos del 4.º trimestre del Instituto Nacional de Estadística³ el porcentaje de empleo público y privado es similar en (en torno al 20% de empleo público y el 80% de empleo privado). Además es frecuente que las sentencias a las que nos referimos otorguen a estos pacientes una Incapacidad Permanente Absoluta (IPA). La incapacidad se define como absoluta cuando inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio (la prestación equivale a una pensión vitalicia mensual del 100% de la Base Reguladora). Por tanto si lo que se concede es una IPA el perfil ocupacional es secundario.

El número de trabajadores tampoco es la variable diferencial. Dichas sentencias parecen ser más frecuentes en Barcelona que en Madrid pese a tener esta última una mayor población activa. Según datos del INE del 1.º trimestre de 2016 la población activa en Barcelona es de 2.796.000 y en Madrid de 3.386.400⁴.

El trabajo tampoco justifica la discrepancia.

LOS MÉDICOS

¿Podría ser por los médicos asistenciales? En mayo de 2008, a consecuencia de la presentación de una iniciativa legislativa popular, el Parlamento de Cataluña aprobó la Resolución 203/VIII que instaba al Gobierno de la Generalitat de Cataluña a implantar un protocolo de actuación para FM y SFC y desarrollar unidades hospitalarias especializadas con una accesibilidad garantizada. Aunque puede existir un mayor número de clínicas orientadas a estos pacientes esto no significa que la formación en estas materias de los médicos de Cataluña sea mejor que la de los médicos de otras CCAA. Es más, el hecho de que en Cataluña se concediesen más incapacidades a estos pacientes haría pensar en lo contrario, en que los tratamientos allí aplicados consiguen una peor recuperación funcional.

¿Podría ser por los médicos evaluadores? Cada Dirección provincial del INSS tiene sus propios médicos evaluadores. Según el artículo 143 de la LGSS corresponde al INSS, a través de los órganos que reglamentariamente se establezcan y en todas las fases del procedimiento, declarar la situación de IP, a los efectos de reconocimiento de las prestaciones económicas. En cada Dirección Provincial del INSS se constituye una Unidad Médica (con un médico evaluador jefe al frente y con un número mayor o menor de médicos evaluadores en función del volumen de gestión) y un Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI). En el caso de Cataluña, las Direcciones Provinciales del INSS no cuentan con médicos evaluadores en sus plantillas sino que algunas de esas funciones las realizan los médicos del ICAM (Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas) y en el organigrama de dichas Direcciones Provinciales no hay EVIs, hay unas Comisiones de Evaluación de Incapacidades (CEI) con funciones similares a los EVI. Las diferencias en la composición de los EVIs y CEIs la observamos en la [tabla 1](#).

Tabla 1. Diferencias en la composición de los EVIs y CEIs

Composición		Comisiones de Evaluación de Incapacidades (CEI)	Equipo de Valoración de Incapacidades (EVIs)
Presidente	Subdirector Provincial de Incapacidad Permanente o el funcionario que designe el Director General	Sí	Sí
Secretario	Un funcionario de la dirección provincial del INSS	Sí	Sí
Vocales	Un inspector de Trabajo y Seguridad Social, propuesto por la propia Inspección de Trabajo	Sí	Sí
	Facultativo médico del INSS perteneciente a la Unidad Médica de la Dirección Provincial INSS.	No	Sí
	Un médico inspector de la CCAA.	Sí	Sí
	Un representante de la consejería de Servicios Sociales.	Sí	No

Las DP INSS en Cataluña no cuentan con médicos evaluadores en sus plantillas

Médicos del Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas (ICAM). El ICAM es un organismo autónomo adscrito al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Un representante de Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS). El ICASS es un organismo autónomo adscrito a Direcció General de Protecció Social de la Generalitat de Catalunya

La función de los EVIs y de los CEIs es, una vez examinada la situación médico-laboral del trabajador, a través de la valoración del informe médico emitido previamente por la Unidad Médica, emitir un documento denominado dictamen-propuesta, en el que se determina la procedencia o no de la incapacidad para el trabajo.

Aunque la organización de los EVI es distinta en Cataluña que en el resto de España, existen en el INSS unos guías comunes de evaluación, consensuadas con las distintas sociedades científicas, que permiten la unificación de criterios a la hora de valorar todas las patologías.

Sin embargo, no es infrecuente que observemos informes de medicina asistencial (más del circuito privado que del público) que se apartan de los protocolos diagnósticos y terapéuticos recomendados por los consensos internacionales.

LA VÍA JUDICIAL

¿Podría ser que la población en Cataluña fuese más reivindicativa y que los abogados y peritos sean más convincentes? Pero si la enfermedad y el perfil laboral son similares en las distintas CCAA ¿no deberían ser similares también las sentencias de incapacidad laboral?

El art. 136 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social⁵ define la incapacidad permanente (IP) como la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. En las patologías en las que es más difícil objetivar la limitación es donde existe mayor riesgo de disparidad de criterios.

La unificación de criterios es una búsqueda constante en medicina. Partiendo de la base de que «no existen enfermedades sino enfermos», las distintas especialidades médicas, incluida la medicina evaluadora, realizan jornadas, simposios y congresos con este fin. ¿No deberían los jueces tener herramientas que les permitan esta unificación de criterios principalmente para aquellas patologías en las que es más difícil objetivar las limitaciones? Herramientas que podrían ser reuniones interterritoriales con especialistas del servicio público de salud, o con médicos evaluadores del INSS, de las que saliesen unos criterios comunes que les ayudasen a la hora de calificar a estos pacientes.

En ocasiones la información médica que reciben los jueces sobre estas patologías no es la basada en la evidencia médica conocida sino que procede de los abogados y peritos de parte.

OTROS FACTORES

La influencia de otros factores es difícil de valorar y por tanto de corregir. En cualquier caso, no parece lógico que ningún otro factor deba influir a la hora de concederle a un enfermo una incapacidad laboral.

CONCLUSIÓN

No podemos evitar las diferencias que existen entre las comunidades autónomas en materia de recursos económicos, industriales, etc., pero si debemos intentar minimizar las desigualdades territoriales en materia de asistencia sanitaria e incapacidad laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carmona L, Ballina FJ, Gabriel R, Laffon A, EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a nation – wide study. *Ann Rheum Dis.* 2001; 60: 1040 - 5.
2. Fernández Solà J: Síndrome de fatiga crónica y su relación con la fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2004, 31:535-7.
3. <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=982&capsel=985>.
4. <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=3990&L=0>.
5. Real decreto 1/1994 de 20 de Junio, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.