

Hacia un nuevo marco que regule la valoración médica de la capacidad/ incapacidad laboral. Propuestas de mejora y áreas de cambio

Towards a new framework for medical assessment of capacity / incapacity. Proposals for improvement and change areas

José Manuel Vicente Pardo

Jefe Médico Unidad Médica Equipo Valoración Incapacidades Gipuzkoa. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Gipuzkoa. España.

Presidente de APROMESS Asociación Profesional de Médicos Evaluadores de la Seguridad Social.

Correspondencia

josemanucente@gmail.com

Resumen

Conclusiones: En la incapacidad temporal se hace necesaria la modificación de las entidades y de las competencias de control y seguimiento de la baja. Posibilitar el alta médica parcial para una reincorporación gradual al trabajo tras bajas prolongadas. Compatibilizar baja médica y alta para trabajos con exigencias distintas. Compartir información clínico sanitaria y laboral entre todas las entidades implicadas en la incapacidad temporal. Tarjetas sanitarias que permitan acceso a la historia clínica. Historia clínica única. Ficha de valoración ocupacional (requerimientos laborales) para trabajadores en Incapacidad.

En la incapacidad permanente debe de procederse a modificar la composición y competencias del órgano valorador “EVI equipo de valoración de incapacidades incrementando el componente técnico, médico, preventivo y laboral.

Modificar los “grados” de incapacidad o su valoración en cuanto a baremos lesiones permanentes no invalidantes, incapacidad permanente parcial, la total y la gran invalidez.

Modificar el concepto y referencia de profesión habitual ligado al de la incapacidad en seguridad social. Con la evaluación más correcta y completa acorde con los requerimientos del trabajo, incluyendo tareas, sector de la actividad, capacitación, riesgos, y circunstancias especiales del trabajo,

Valoración preventiva de la incapacidad y el trabajo. Resolución de controversias entre el no apto y la no incapacidad. Conocer el impacto de la incapacidad tanto temporal como permanente, elaborando un mapa de la incapacidad con los datos básicos para analizar las enfermedades, su consecuencia incapacitante laboral y su presentación en la población. La incapacidad como indicador de salud pública y salud laboral.

Palabras clave: *Incapacidad Laboral. Salud Laboral. Mapa de Incapacidad. Incapacidad Temporal. Incapacidad Permanente. Profesión habitual. Capacidad Laboral. Prevención. Valoración médica de la capacidad/incapacidad laboral.*

Abstract

Conclusions: Modification of entities and powers of control and monitoring is necessary in low temporary disability. Enable high medical part for a gradual return to work after prolonged low. Compatible medical and high and low for jobs with different requirements. Share health and labor clinical information between all entities involved in temporary disability. health cards that allow access to the medical history. History only clinic. Sheet occupational assessment (job requirements) for workers on disability. In the permanent disability must proceed to change the composition and powers of the titrator body “EVI disability assessment team increasing

the technical component, medical, preventive and labor. Modify the “degree” of disability or valuation regarding permanent non-disabling injuries scales, permanent partial disability, total and severe disability. Modify the reference concept and usual profession linked to the social security disability. with the most accurate and complete assessment in line with job requirements, including tasks, area of activity, training, risks and special circumstances of the work, preventive assessment of disability and work. Resolution of disputes between unfit and not disability. Knowing the impact of both temporary incapacitation or permanent, preparing a map of the disability with basic data to analyze disease, disabling consequence labor and presentation in the population. The inability as an indicator of public health and occupational health.

Keywords: *Occupational Disability. Occupational Health. Disability map. Temporary disability. Permanent disability. Usual Occupation. Labor capacity. Prevention. Medical evaluation capacity / incapacity for work.*

1. ASPECTOS BÁSICOS EN LA VALORACIÓN PROFESIONAL O LABORAL

Nuestro sistema de valoración de la capacidad/incapacidad laboral es esencialmente laboral o profesional, se valoran las limitaciones funcionales u orgánicas en relación de su carácter limitante respecto de las funciones que su trabajo o el trabajo en general requiere, si bien la situación de capacidad o aptitud no está definida en nuestro sistema. Las referencias a la incapacidad se reflejan en la definición de lo que es incapacidad temporal y lo que es incapacidad permanente. Así en Incapacidad Temporal (IT) se dice la situación en la que se encuentra el trabajador "... mientras el trabajador esté impedido para el trabajo". (Art. 170 LGSS). Y la Incapacidad Permanente (IP) se define como la situación del trabajador que presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyen o anulan su capacidad laboral". (Art. 193 LGSS). Así por tanto en la IT se habla de impedimento para el trabajo y en IP disminución o anulación de capacidad laboral.

El principio resarcitorio en materia de seguridad social es compensar la imposibilidad de realizar la actividad laboral. La referencia en los grados de incapacidad permanente guarda en su denominación una referencia expresa a la profesión habitual en el caso de la Incapacidad Permanente Parcial (IPP) para la profesión habitual o en la Incapacidad Permanente Total (IPT) para la profesión habitual, y en el supuesto de la Incapacidad Permanente Absoluta (IPA) la referencia es para todo trabajo.

La valoración de la capacidad/incapacidad laboral debe ser una valoración multiaxial, contemplando de forma integrada el diagnóstico, el tratamiento, la evolución, la funcional, el carácter revisorio, la perspectiva preventiva y finalmente la laboral de todo ello.

Valoración Multiaxial, valoración:

- Diagnóstica de secuelas: valorando los diagnósticos impeditivos laborales o incapacitantes, el cuadro clínico que configura las deficiencias, englobando los diagnósticos desarrollados que incluyen la etapificación, el estadiaje, la clasificación o la gradación del proceso.
- Terapéutica: valorando los tratamientos recibidos, o en curso o por recibir, su servidumbre (afectación de la autonomía personal, necesidad de cuidados, dependencia y/o riesgo vital), sus efectos secundarios, y su incompatibilidad con el trabajo o con el ordinario vivir.
- Evolutiva: valorando la respuesta a los tratamientos y la propia deriva evolutiva del proceso y su pronóstico
- Funcional. Limitaciones orgánicas, o funcionales: Jerarquizar, graduar, definir intensidad y magnitud de las limitaciones y referenciarlas respecto de las diversas funciones físicas o psíquicas de un individuo. Establecer funciones o funcionalidad que mantiene para poder valorar la capacidad funcional restante.
- Revisoria: valorando la previsible mejoría o el cambio de la limitación funcional.
- Preventiva: valorando tareas que estén contraindicadas con su enfermedad, o incompatibles con seguir determinados tratamientos o que conciten un riesgo para sí o para otros.
- Laboral: referencia de todo lo anterior al trabajo.

Para expresarlo de una forma sencilla ponemos en relación los Recursos de Salud del Trabajador con el Trabajo que debe desarrollar. Una doble relación entre daño y trabajo, expresado en el Impacto que tiene la enfermedad y sus limitaciones en el poder desarrollar el trabajo, y la relación entre trabajo y daño expresado en el impacto que el desarrollo del trabajo pudiera tener en la evolución del proceso clínico, y sus consecuencias las limitaciones orgánicas y funcionales.

Así pues se estaría capacitado para trabajar cuando hay relación compatible entre las capacidades del trabajador y las capacidades que requiere su trabajo, cuando el estado de salud es compatible con el trabajo y cuando el tratamiento de seguir precisándolo no

interfiere con la realización del trabajo. Y se estaría incapacitado para trabajar cuando las capacidades restantes del trabajador son incompatibles con las capacidades que requiere su trabajo, cuando el tratamiento es incompatible con el desarrollo del trabajo, cuando el trabajo perjudica la salud, por manifestarse o agravarse la enfermedad, cuando trabajar en su estado de salud, supone un riesgo para su salud o para la seguridad de terceros

Lo que obliga a conocer en cuál es este estado de salud y cuáles son las requisitorias de su trabajo. Es decir conocer el qué causa la incapacidad y el para qué se está incapacitado.

El qué comporta esa pérdida de salud con carácter incapacitante y el para qué está incapacitado supone haber perdido las capacidades que requiere su trabajo.

Para conocer el “qué tiene el trabajador”, el “qué padece”, debemos de conocer diagnóstico o diagnósticos incapacitantes, y expresados no como diagnóstico exclusivamente etiológico o clínico sino descrito en su extensión y desarrollado para configurar el cuadro clínico limitante, también deberemos de conocer el tratamiento seguido, o el que se está en espera o pendiente de realizar, la respuesta al tratamiento, y la evolución del caso, para ello se precisa de la información completa de la prestación atencional del Servicio Público de Salud, ya que con ella se completa la acción directa de la evaluación que consiste en expresar y cuantificar las limitaciones funcionales consecuencia de la enfermedad o lesión que se padece. Precisamos conocer la enfermedad que se padece su evolución y los “recursos de salud” la capacidad funcional que dispone el trabajador

1.A. Información sanitaria. Flujo y acceso a la información clínica. Problema. Propuestas

La información sanitaria clínica es imprescindible para conocer el estado de salud. Conocer es disponer de información. El problema parte de que la información sanitaria está depositada en el SPS, y su acceso está compartimentado y especialmente preservado para un acceso libre de entidades ajenas, como mutuas o INSS cuando estos precisan de esta información para efectuar una valoración de control de un proceso de IT. Sin información completa del recorrido asistencial y el evolutivo clínico la valoración médica de la capacidad laboral es incompleta. Si bien en el RD 625/2014 de regulación de la IT se hace mención expresa, tanto en el artículo 4.º y artículo 8.ª, al acceso a la información, documentación clínica y a la historia clínica, y así mismo se tiene similar objetivo de facilitar la información clínica mediante los convenios suscritos por el INSS con las Comunidades Autónomas en cuanto a la gestión de la IT, es preciso disponer de información completa para que la valoración médico evaluadora sea adecuada. Para conocer el estado de salud es imprescindible conocer diagnósticos incapacitantes, tratamientos, evolución, pruebas funcionales o diagnósticas para junto con a la objetivación de las limitaciones determinar la capacidad funcional residual.

Esta información clínica es así mismo necesaria en la valoración de las situaciones que puedan comportar incapacidad permanente o cuando se cuestiona la contingencia laboral o no de un suceso y no sólo en el estricto ámbito de la incapacidad temporal.

Propuesta:

Más y mejor información clínica y de decisiones entre las partes. Cooperación, colaboración y compartir esta información con retroalimentación. Implementar medidas de seguimiento del tipo de información a la que se tiene acceso, que hagan finalmente que el envío o el acceso libre de esta información sea fluido, que su contenido sea lo más completo posible, al objeto que nos ocupa y que compartir la información sea una realidad superando la desconfianza o la compartimentación de la misma que impide una valoración técnica médico evaluadora correcta. Información que debiera disponer del feedback suficiente para en el ámbito de la competencia de cada cual obrar en consecuencia. Establecer acuerdos y medidas que comporten la retroalimentación de la información entre las partes implicadas. Terminar con espacios de información

compartimentada o aislada o no compartida. Fig. 1. Ello conlleva una extensión del ámbito de información pues integra lo que en realidad constituye la información clínica globalmente considerada con datos asistenciales, preventivos y sociales, y prestacionales.

Fig. 1. Espacios compartidos, espacios aislados, espacios compartimentados



Tarjetas sanitarias con posibilidad de acceso a la Historia Clínica contando con el consentimiento y asentimiento del paciente. Historia Clínica única.

El acceso a la información clínica es así mismo necesaria en la valoración de las situaciones que puedan comportar incapacidad permanente o cuando se cuestiona la contingencia laboral o no de un suceso y no sólo en el estricto ámbito de la incapacidad temporal.

1.B. Información laboral. Flujo y acceso a la información laboral. Problemas. Propuestas

Conocer en que trabaja y para qué está impedido un trabajador es disponer de información laboral, sobre su trabajo. El médico de atención primaria, que emite la baja por estar impedido para el trabajo y el alta para el mismo, desconoce de forma real cuales son las características del puesto de trabajo, y esto puede suponer un inicio impropio de la misma, imaginemos una enfermedad y sus consecuencias limitantes que sin embargo no supusieran un impedimento para un determinado trabajo, por cuanto las capacidades requeridas por el trabajador no fueran específicamente las que están en situación de deficiencia o al contrario un alta que pudiera concitar un riesgo para la salud del trabajador con trabajo que pudiera suponer un agravamiento de su salud mejorada con el tratamiento. Y este desconocimiento es extensivo a otros controladores del proceso, como los inspectores médicos, médicos de mutua o incluso el propio órgano colegiado EVI. Es decir estamos ante las meras referencias del trabajador, y en los nuevos partes de baja a tener conocimiento del código nacional de ocupación que no es lo mismo que conocer las tareas, actividades, riesgos, características del puesto, turnos horarios, medio y herramientas o maquinaria y demás condiciones del trabajo incluyendo esos supuestos que precisan para poder seguir desempeñando un trabajo una específicas aptitudes preservadas.

Esta insuficiencia de información sobre el trabajo abarca a todas las valoraciones de la capacidad laboral tanto al evaluar procesos de baja como de incapacidad permanente o valoraciones de la determinación de contingencia. Para poder evaluar las consecuencias laborales incapacitantes de un proceso y la compatibilidad entre limitaciones y en su caso

tratamiento con el trabajo, o trabajo compatible con el estado de salud de un trabajador es imprescindible conocer en qué trabaja, que tipo de trabajo es.

Conocer las características de su trabajo

Conocer las características del trabajador es tanto como saber responder a las siguientes preguntas:

- ¿En qué trabaja? ¿Desde cuándo? ¿Qué hace? ¿Cómo lo hace? ¿Con qué lo hace? ¿Qué profesión realiza (CNO-11)? ¿Qué ocupaciones incluye, qué ocupaciones afines? ¿En qué sector de actividad trabaja? ¿Cuál es su grupo profesional? ¿Qué competencias y tareas describen su profesión? ¿Qué requerimientos profesionales precisa? ¿Qué riesgos y circunstancias especiales tiene derivadas del ambiente, de las herramientas o material de trabajo o la especificidad de sus cometidos?

La gran cuestión pendiente en la correcta valoración de la capacidad laboral sigue siendo disponer de información real y concreta para poder apreciar correctamente la profesión, trabajo y tareas. Y cuando decimos que un trabajador presenta una situación de baja (de impedimento para el trabajo) o de incapacidad permanente para una profesión, debiéramos plantearnos si realmente conocemos el trabajo que está desempeñando o tocamos de oído estando a referencias del interesado que pueden ser insuficientes, distorsionadas, incorrectas o interesadas, o estamos a una valoración genérica o estimada pero sin apreciar las capacidades exigidas por ese trabajo, sus riesgos y diversas circunstancias específicas del mismo.

Propuestas:

No podemos referirnos al trabajo o profesión teórica sino la que desarrolla. Hay que conocer de forma precisa: lo que realiza y lo que se le exige

Debemos de disponer información precisa y por ello sería tremendamente útil disponer de una Ficha de Requerimientos.

Ficha de valoración ocupacional de requerimientos, resumen de las condiciones y características de trabajo, que recoja: Tareas, posturas, carga, física, carga mental. Manejo de vehículos. Lugar de trabajo. Condiciones laborales. Exposición a riesgos laborales. Equipos de protección individual. Especiales aptitudes requeridas. Formación profesional. Antecedentes de cambio de puesto de trabajo por motivos de salud. Situación profesional.

2. MEJORAS EN MATERIA DE INCAPACIDAD LABORAL

2.A. Incapacidad temporal (it) laboral. Situación actual. Propuestas

Gestión de IT

Gestión adecuada de la IT consiste en que estén en situación de IT aquellos trabajadores que realmente deben estarlo. La gestión correcta no es “ahorrar” o disminuir costes, supone el uso racional de la prestación sobre la base de la correcta valoración médico funcional.

Gestionar bien la IT es disponer de un correcto análisis de los datos de IT y sus variables, proceder con un adecuado control de las situaciones individuales según proceso de salud, según trabajador y el individual curso de una enfermedad y su consecuencia en la prestación posible del trabajo).

Gestionar bien la IT supone la correcta utilización de recursos sanitarios para que el trabajador recupere su capacidad laboral en el menor tiempo posible y en el plazo más conveniente para restituir su salud. Lo que conlleva acceso a las pruebas diagnósticas y los tratamientos en tiempo y forma para no dilatar ni el diagnóstico ni la mejor y más

pronta recuperación de su salud mermada para lo que es necesario el diagnóstico temprano y la terapia temprana.

¿Por qué es un problema la IT?

- Por su coste laboral, sanitario y en prestaciones, y por su variabilidad en la presentación y duración media, no explicable bajo parámetros de pérdida de “salud” exclusivamente.
- Porque existe la constancia que es una prestación donde hay fraude, aunque usemos el eufemismo de “situaciones indebidas” o “desviadas”...
- Fraude es toda estancia en situación de IT no debida, entra por tanto la simulación o quien dice padecer lo que no es cierto con intención de permanecer en baja y percibir su prestación, pero también las situaciones de complacencia de procesos que precisan de asistencia o enfermedades previas que pasan a IT sin entrañar impedimento para el trabajo, o situaciones refugio en la IT de problemáticas personales graves y diversas que no impiden trabajar por pérdida de las capacidades funcionales sino por problemas que dificultan el devenir cotidiano por precisar dedicación para resolverlos. Problemas de índole personal, económica, laboral, familiar, social etc.
- Por la complejidad de las entidades “controladoras” de la IT, Mutuas, Inspecciones Médicas del INSS, Inspecciones Médicas de las Comunidades Autónomas (CCAA), Servicios Públicos de Salud de las CCAA, la complejidad de las diversas y singulares situaciones los “controlados” trabajadores en IT, y del “sistema sanitario atencional” que debe prestar tratamiento en tiempo y forma adecuado.
- Por factores clínicos, factores limitantes o incapacitantes laborales de los procesos, factores individuales del enfermar, falta de homogeneidad en los criterios de valoración en la adecuación de las situaciones incapacitantes y la dificultad de su evaluación médico laboral.

Elementos que contiene I. T.

- Un trabajador que padece una enfermedad o lesiones de accidente.
- Que necesitan de tratamiento para su recuperación por los Servicios Médicos Públicos.
- Que causan temporalmente incapacidad para el trabajo.
- Es sufrir, una incapacidad para realizar el trabajo que se venía desempeñando por dolencias en espera de mejora con tratamiento.
- Presentar limitaciones que impiden trabajar y trabajo con tareas que están contraindicadas con su enfermedad.

Otros elementos impropios que contiene I. T.

- La IT “refugio” cubre otras necesidades: Cuidado de hijos. Cuidado de enfermos. Molestias en el embarazo. Demandas laborales insatisfechas. Frustraciones, o “rebotes” ante acuerdos de empresa o resoluciones contrarias de la administración. Problemas o necesidades personales. Sufrimiento o adversidades de la vida. Los sufrimientos de la vida o de vivir. Desmotivación personal. Necesidades económicas. Obligaciones personales, sociales o familiares.
- La IT “prolongada” por mala evolución del proceso que hace no corresponda al estándar esperado de duración.
- La IT “prolongada” por lista de espera bien para pruebas diagnósticas o para tratamientos, que hace que la duración de la baja sea más del teórico esperado y la evolución peor, pues la mejor y más rápida recuperación de la salud es el diagnóstico temprano y el tratamiento a tiempo.
- La IT “prolongada” por falta o mala comunicación entre diversas áreas o servicios médicos de atención al paciente.

- La IT “prolongada” por abuso, por fraude del presuntamente incapacitado o por mal control de quién tiene que velar porque la baja corresponda a su definición una situación de impedimento laboral en espera de mejoría como respuesta a un tratamiento

Adecuación del gasto de IT. ¿Mayor o mejor control?

La respuesta a mayor o mejor control es obvia solo controlar aquello que se presume necesita de control abandonando viejas ideas que desconfianza o condena al trabajador o a los médicos implicados. Sobre la premisa de disponer de intercambio de información clínica solo controlar las situaciones presumiblemente “altables”, es decir aquellas situaciones que en virtud de la información clínico funcional que se dispone pareciera está recuperado.

No olvidar que quién inicia la IT es el Médico de Atención Primaria (en contingencia común) con la extensión del parte de baja y de existir un problema aquí se inicia, siendo el actor principal de cuantos convergen en las “bajas” respecto a los controles o seguimiento que puedan producirse hasta el alta.

De cuantos actores participan y disponen de competencias en la IT el médico de atención primaria es el actor principal, y no sólo por iniciar el proceso en contingencia común, sino porque el establece el diagnóstico, trata al paciente, solicita la colaboración asistencial de los especialistas, solicita las pruebas exploratorias o complementarias que estime oportuno, hace el seguimiento del proceso y le da fin.

Hay que apostar por un mejor control y seguimiento. Realizando un análisis completo y actuando sobre desviaciones y sus causas. Actuando sobre situaciones indebidas. Mejorando las actuaciones de control. Facilitar comunicación entre las diversas entidades implicadas. Conocer las causas que llevan a la IT para prevenirlas. Mejora de los tiempos de espera para tratamientos o pruebas. Reincorporación al trabajo adecuando el puesto, tras periodos largos o reiterados de IT.

Excepción hecha de los casos de abuso o fraude, que convendría cuantificar para dimensionarlos, lo habitual es que las bajas se sucedan durante tiempos o plazos estándar o justificados a la evolución individual de cada proceso en un momento dado y en un trabajador con unas exigencias laborales concretas.

Dicho esto, sí que una comunicación fluida de información médica y una mejor gestión de la atención sanitaria acortaría el tiempo en el que se alcanzaría la recuperación funcional o la curación.

Conviene recordar que existe una reiterada normativa que pone a disposición los recursos de las mutuas para mejorar o agilizar el tratamiento a los pacientes en baja, lo que no suele utilizarse.

En incapacidad temporal y continuando con las modificaciones surgidas en los últimos años, incluyendo el RD IT 625/2014, es preciso una remodelación de las entidades implicadas de control de IT y sus competencias incluyendo un contraste del actual abigarrado sistema de entidades implicadas, promoviendo cambios que faciliten la gestión de la IT, para conseguir la adecuación de la misma, incluyendo cambios en los tiempos o periodos de implicación y potencialidad de control.

En líneas generales se mantienen o se arrastran unos procedimientos de control y de responsabilidad en la IT, que no se acompañan al actual marco de la gestión sanitaria por un lado y de la gestión económica por otro. Así como a la permanencia de doble sistema de control INSS, SPS que se hace necesario reformar.

Es prioritario que quién extienda un parte de baja conozca de forma real las capacidades requeridas en el trabajo; y esto hoy en día no es posible para el Médico de Atención Primaria, es decir se extiende un parte de baja para un trabajo que sólo conocemos por lo que el paciente nos refiere que hace. Supone una deficitaria evaluación

de la necesidad o no de la baja, salvo en procesos de gravedad en los que no importa el tipo de trabajo.

Conviene analizar la situación de la incapacidad temporal desde la perspectiva médica y la laboral, valorar el papel de las entidades de control en IT actuales, y su interrelación con atención primaria y con la prevención y medicina del trabajo, para garantizar la protección de la salud laboral y la adecuación de esta prestación.

Facilitar la intercomunicación entre las partes, evitando compartimentos estancos, entre el ámbito de la atención médica, el valorador de la incapacidad y el de la valoración preventiva y de salud laboral.

Crear nuevas fórmulas de incorporación tras IT que permitan incorporaciones parciales, hasta la restitución de las capacidades perdidas, en aras a procurar un retorno al trabajo más temprano y en condiciones más favorables que aumenten la seguridad en salud laboral. Convendría estudiar el Alta parcial, con acuerdo a tres bandas, médico, trabajador y empresa que para algunos procesos adelantaría la reincorporación y evitaría la recaída.

Propuestas en IT

Habida cuenta de las entidades implicadas en el control de la IT (Médicos de atención primaria, Inspección Médica de SPS comunidades autónomas, Mutuas, empresas colaboradoras, Inspección Médica INSS, ISM) se precisa fomentar la comunicación, confianza y cooperación entre entidades. La organización de un calendario de actuaciones o controles, y la distribución y/o actualización de competencias. Sin ello las recientes actualizaciones normativas sobre IT están condenadas al fracaso. (RD 625/2014 y Orden de desarrollo ESS/1187/2015 de 15 junio 2015)

Para conocer mejor el estado de salud y la capacidad/incapacidad es preciso más y mejor información clínica y de decisiones entre las partes. Y esto se materializa colaborando para compartir, remitir y permitir acceso a información clínica entre entidades y retroalimentación de la misma.

La información clínica es así mismo necesaria en la valoración de las situaciones que puedan comportar incapacidad permanente o cuando se cuestiona la contingencia laboral o no de un suceso y no sólo en el estricto ámbito de la incapacidad temporal.

Tarjetas sanitarias con posibilidad de acceso a la Historia Clínica contando con el consentimiento y asentimiento del paciente.

Para conocer mejor el estado de salud laboral para poder evaluar la capacidad/incapacidad del trabajador es preciso saber, lo que supone dotar de capacitación a los interlocutores en control de IT es decir con información sobre novedades o actualizaciones en la materia y con programas de formación continua.

Para evaluar mejor el estado de salud capacidad/incapacidad en situaciones de IT es preciso establecer quién y durante qué periodo de tiempo debe controlar la baja.

Hay que replantearse el papel del médico de atención primaria, analizando si debiera de controlar todas las bajas o solo bajas cerradas. (Aquellas bajas con tiempo esperado, entendidas como procesos muy cortos, fracturas, proceso oncológicos) También puede plantearse si el médico de atención primaria debe seguir bajas durante todo el periodo de 365 días o sólo bajas cortas no superiores a 90 días además de las "bajas cerradas".

En cuanto al control y seguimiento de las bajas largas, más de 6 meses, estas precisan de un especial seguimiento, tanto por las posibles consecuencias incapacitantes permanentes como por las dificultades de extensión de alta, en ocasiones subyace una pretendida actitud de incapacidad permanente, por ello este tipo de bajas tal vez debieran ser solo controladas por las Entidades de Control exclusivamente.

Los pacientes conflictivos en IT debieran desviarse para decisión por la autoridad inspectora o pase a control en el órgano valorador "EVI".

Otra propuesta como sucede en otros países es reservar el papel del MAP al Informe sobre indicación de baja o propuesta de baja a la entidad medico evaluadora y esta establecer cuando controlar (sólo paciente "altable") y decisión de fin, Anticipando el alta caso de recibir información sobre mejoría o curación o proceso no recuperable. Esto establecería una diferenciación entre el sistema evaluador y de control de la baja y el sistema sanitario.

Al alta médica o inmediatamente antes de expedir esta debieran de evitarse las controversias, entre no incapacidad, es decir capacidad o alta y el no apto aportando información para mejorar los aspectos preventivos de la salud laboral, facilitando información sobre el proceso padecido entre instancias del SPS o INSS, reportando información sobre el proceso clínico padecido, evolución, y tratamientos y a su vez debiera de conocerse tareas, ocupación, riesgos del puesto de trabajo real que el trabajador desempeña, no el referido o estimado.

En determinados procesos de difícil valoración debiera ser el órgano valorador "EVI" equipo de valoración de incapacidades quien resolviera. Pacientes frecuentadores de IT, situaciones de conflictividad manifiesta, procesos no cerrados con recurrencia a la IT, controversia decisoria entre no incapacidad y no apto.

Alta médica parcial. Permitir la reintegración laboral paulatina con acuerdo entre las partes: el médico que controla o sigue al paciente, el trabajador y su empresa. Incluiría documento con los datos de su estado de salud y recomendaciones sobre qué tareas puede realizar si se incorpora al trabajo o si se puede beneficiar de prácticas como un cambio o reducción de horario o de tareas hasta que se consiga la recuperación total.

Baja médica y alta compatible para trabajos con distintas exigencias, La pluriactividad, el pluriempleo son cada vez más frecuentes, comportan en ocasiones situaciones de pérdida las capacidades para un trabajo, pero manteniendo las de otro. Permitiría una prestación de servicio cuando el desempeño de un tipo de trabajo es compatible con su pérdida de salud, y no comporta un empeoramiento o alargamiento de su situación de baja con beneficio para la empresa, beneficio para el trabajador, mejora del sistema productivo.

El médico del SPS, del INSS, o de la MUTUA, debiera disponer de Ficha de Valoración Ocupacional que contuviera descripción de la ocupación, qué es algo más que el código CNO, pues añadiría la descripción del puesto de trabajo, la descripción de tareas, la actividad de la empresa, la situación laboral, las capacidades funcionales requeridas por el trabajo, así como riesgos o circunstancias específicas, etc.

Necesidad urgente de elaborar el Mapa de incapacidad Es preciso conocer no sólo el cuánto, es decir: incidencia, prevalencia, duración media, distribución geográfica, coste por afiliado, coste cuotas/prestación, distribución INSS Mutuas, contingencias. Hay que conocer por qué los procesos clínicos, comorbilidad, edad, sexo, sector de actividad, ocupación, tareas, circunstancias laborales. Más tarde insistiremos sobre el MAPA de forma global.

Para la adecuación Incapacidad Temporal evitar IT prolongada por lista de espera pruebas o tratamientos debieran utilizarse los recursos sanitarios de mutuas. Así mismo evitar IT prolongada por no intercomunicación entre áreas mediante convenios y acuerdos SPS. Evitar la IT prolongada por fraude, o la IT refugio, o la IT complaciente con adecuado control de IT y estimación del alta.

Para la mayor independencia actuarial cooperación de las Unidades Médicas del INSS con la Inspección de Trabajo, en el control del fraude en incapacidad y la creación de la Inspección Médica de Trabajo.

Hay que crear unidades y protocolos de atención temprana en procesos de conocida prolongación de la baja más allá de lo esperado (osteomusculares o patología psiquiátrica menor)

Si los procesos osteomioarticulares o los procesos psíquicos menores son los que causan más IT potenciar la atención sanitaria temprana para suministrar tratamiento

adecuado en tiempo y forma evitando la prolongación de estos procesos. Así mismo se debe conocer la población afecta y atención preventiva, en el trabajo antes de la baja para que no comporten IT, y a la vuelta al trabajo de estas situaciones de baja para evitar recaídas.

2.B Mejoras en materia de incapacidad laboral

Incapacidad permanente laboral

El actual sistema de valoración a través de los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) como órgano colegiado de valoración, tiene un largo recorrido (1995) en el que se vislumbran sus deficiencias y por ello es preciso modificarlo. Dado que el componente de la incapacidad conlleva una necesidad imprescindible de informe médico laboral, debiera estudiarse la mayor impronta de ello en los miembros del EVI. La remodelación de los miembros que debieran formar parte de esta “comisión técnica” valoradora debiera dar entrada a nuevos miembros, médicos de mutua, médicos de servicios de prevención, técnicos de prevención, médicos forenses.

Es precisa una reforma en los grados de la Incapacidad Permanente (IP), La Incapacidad Permanente Parcial siempre fue siempre una modalidad de difícil valoración y de indefinición en su definición ambigua, y es cuestionable su mantenimiento, siendo de aplicación en Accidente de Trabajo por consenso, tal vez lo lógico fuera una reforma de los Baremos Lesiones Permanentes No Invalidantes incluyendo algún baremo de mayor cuantía para los caos que ahora concluyen en incapacidad parcial.

Por lo demás los baremos están obsoletos, corresponden a otros tiempos en términos de valoración de secuelas, ya que no han sufrido cambios en su valoración médico funcional, que es necesaria sino sólo cambios y actualización en las cuantías. Desde la perspectiva médico evaluadora laboral están desfasados, dejan de lado pérdidas funcionales, o valoran algunas en conflicto con la capacitación, tal vez porque arrastrados como vienen de legislación antigua, pudiera entenderse que no se valoraran limitaciones como las de columna o caderas pues en aquel entonces pudieran corresponder a una incapacidad y se siguen valorando cicatrices sin señalar como en otros baremos su cálculo y su determinación. Es necesaria una nueva tabla de baremos con señalamiento de nuevos articulados, incluyendo nuevas determinaciones de los mismos.

La Incapacidad Permanente Total para la Profesión Habitual (IPT), es un anacronismo porque el mercado laboral es súper especializado, continuamente cambiante, modernizado, automatizado, con nuevos procedimientos industriales cada día, con implicación de las nuevas tecnologías en todos los sectores, y la realidad cambiante del acceso al trabajo por pura necesidad de la precariedad en el empleo, hacen que hablar de profesión habitual sea además de difícil de conceptuar una referencia que aun haciéndola para grupos profesionales (trabajos con la mismas capacidades exigidas) una contradicción con la realidad compleja en la total compatibilización con otros trabajos o profesiones, devenida porque concedemos una IP para una profesión que no para otras ajenas. Por otra parte la crisis económica ha hecho que las situaciones de pluriactividad, pluriempleo o con jornadas parciales sean más habituales sobre todo para paliar la precariedad salarial y todo ello hace que valorar la profesión, el oficio, el trabajo o la tarea o la actividad sea en extremo complicada al valorar estas situaciones. Cuando no, las situaciones de largo desempleo, con trabajos múltiples previos.

Incapacidad y ocupación laboral. (Trabajo, oficio, ocupación, tarea, actividad, requerimientos, capacidades funcionales exigidas y riesgos y condiciones de trabajo).

Lo mismo que en la valoración de la IT decíamos, en la valoración de la IPT es preciso establecer un sistema de conocimiento real de las capacidades requeridas por el trabajo que desempeña, de cara a determinar si con las capacidades que le restan al trabajador es posible o no realizarlo. Y no basta con una referencia genérica a la “Guía de las Profesiones” (INSS), sino que sería preciso individualizar situaciones para conocer si las secuelas permanentes incapacitan o no para ese trabajo, del que se supone se ha

mantenido impedido por IT. Abundando en el término anacrónico de profesión habitual, tal vez como en otras realidades normativas de la TRLGSS, tengan su explicación en otros tiempos, donde las mismas estaban más clarificadas, eran estables y no precisaban de mayor complejidad en la definición de las capacidades que requerían, no como hemos dicho lo actual, en que tanto las condiciones de trabajo, los riesgos, la formación, la actualización, y la multiplicidad de empleos hacen extremadamente complejo referenciar las incapacidades totales a este término.

Tal vez lo correcto fuera una prestación temporal en el tiempo que permitiera una situación de protección económica en un tiempo estimado para la búsqueda y formación y capacitación para nuevo trabajo y sólo en procesos de contingencia profesional o mayores de 55 a permanecer como hasta ahora. Incapacidad Absoluta y la compatibilidad con el trabajo. Las múltiples posibilidades de compatibilizar la absoluta con un trabajo, hacen necesario una reformulación de la consideración de la misma.

Gran Invalidez. La actual definición de este complemento, que no grado máximo de la incapacidad, debe de acomodarse a las actuales formas de valoración del daño corporal y la determinación de la dependencia, por ello la definición de esta situación de Gran Invalidez debe ser ampliada y en lo posible protocolizar su especial valoración y determinar su cálculo teniendo en cuenta la dependencia y las limitaciones en el desempeño

2.C Valoración de la ocupación laboral vs profesión

En nuestro sistema de seguridad social la profesión o el carácter profesional son determinantes a la hora de establecer el grado de incapacidad permanente. Así la incapacidad permanente viene referida al término de profesión habitual para la Incapacidad Permanente Parcial o para la Incapacidad Permanente Total o expandida a toda profesión en el caso de la Incapacidad Permanente Absoluta.

El concepto de profesión engloba todas las funciones propias de la misma, sus labores concretas, las tareas que lo configuran, su formación, sus requerimientos de aptitud funcional, su adscripción normativa y clasificatoria, sus particularidades y condiciones del puesto y área o centro o medio donde se realiza. El art. 137.4 LGSS recoge el concepto de IPT: “Se entenderá por incapacidad permanente total para la profesión habitual la que inhabilite al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta”. La Jurisprudencia y la Ley 24/97 orienta el concepto de profesión habitual al grupo profesional, definido en el artículo 22 del Estatuto de los Trabajadores. La Ley 27/2011 modifica el artículo 141 de la LGSS y orienta dicho concepto de profesión habitual a las funciones laborales objeto de concesión de incapacidad.

El concepto de Profesión Habitual y su relación con la consideración de Incapacidad Permanente Total para la misma (IPT), es un anacronismo porque no se corresponde a la situación de un mercado laboral súper especializado, continuamente cambiante, modernizado, automatizado, con nuevos procedimientos industriales cada día, implicando el uso de las nuevas tecnologías en todos los sectores y en general una realidad cambiante del acceso al trabajo por pura necesidad de la precariedad en el empleo. Así que el concepto de profesión, no nos es útil para valorar la incapacidad laboral, y debiéramos de referirnos a ocupación laboral término que es más que trabajo, oficio, ocupación, pues incluye tarea, actividad, requerimientos, capacidades funcionales exigidas, riesgos y condiciones de trabajo. Es preciso establecer un sistema de conocimiento real de las capacidades requeridas por el trabajo que desempeña, de cara a determinar si con las capacidades que le restan al trabajador es posible o no realizarlo. Y no basta con una referencia genérica a la “Guía de las Profesiones” (INSS), o al CNO sino que sería preciso individualizar y concretar situaciones para conocer si las secuelas permanentes incapacitan o no para ese trabajo específico, para el que se supone se está impedido. Si se está incapacitado por unas limitaciones funcionales o capacidades para un trabajo que precisa de este tipo de capacidades para su desempeño, debiera de ser causa de incapacidad para

ocupaciones laborales con similares requerimientos, pues de permitir esta compatibilidad o bien no se está impedido o bien estamos exponiendo a un riesgo la salud mermada del trabajador.

3. MEJORAS EN MATERIA DE INCAPACIDAD Y TRABAJO

Enfermedad Profesional. Valoración preventiva de la incapacidad. Cómo conocer y valorar adecuadamente capacidades del trabajador, requerimientos del trabajo. Concepto amplio de enfermedad ocupacional. Imputación del riesgo del trabajo.

Debemos de potenciar la valoración preventiva de la incapacidad y el trabajo. Es preciso afrontar la resolución de controversias entre el no apto y la no incapacidad a través del órgano valorador EVI. Abordar las consecuencias del trabajo en la salud de los trabajadores requiere protocolizar la determinación de contingencia, la resolución de las sospechas de enfermedad profesional, la accidentalidad en el trabajo o por el trabajo y fortalecer el carácter preventivo que las resoluciones o valoraciones médicas de la capacidad laboral comportan.

En cuanto a la enfermedad profesional el RD 1299/2006 nació no solamente como el listado de referencia para la indemnización de las patologías profesionales, sino también con una vocación preventivista para evitar la aparición, progreso e incapacidad del trabajador sobrevenida por estar desarrollando un trabajo que entraña el riesgo de ocasionar la enfermedad. Sin embargo parte de las grandes novedades y pretensiones que incorporaba no se han conseguido. La toma de datos en enfermedad profesional. El sistema CEPROSS tiene insuficiencias en su carga de casos, la infradeclaración pareciera haber progresado cuando se pretendía lo contrario, como lo ponen de manifiesto los sistemas de declaración de enfermedades profesionales a partir de atención primaria y especializada puestos en marcha en diferentes Comunidades Autónomas.

El carácter preventivo en la valoración de la capacidad/incapacidad laboral. Es necesario dotar a los médicos evaluadores de la capacidad para dirimir en los casos de discrepancia entre los No Aptos de los Servicios de Prevención y los No Incapacitados por el INSS, resolviendo de forma extrajudicial la situación de valoración del trabajador como “no apto/no inválido”.

Deben establecerse procedimientos de actuación ante nuevas afiliaciones o nuevas incorporaciones al mercado laboral. Para evitar afiliaciones fraudulentas por dolencias que imposibilitarían la prestación de actividad o determinar el alcance de estas de cara a una petición de incapacidad y tratarse de dolencias secuelas ya presentes. Lo mismo de para actuar en vigilancia de la salud evitando incorporaciones que por razón de necesidad económica lleven al inicio de trabajos inadecuados y que contraigan riesgo sobre la salud.

También es necesaria la actuación a nivel empresarial mediante control epidemiológico de la contingencia profesional en las empresas y sus implicaciones administrativas en las cotizaciones de la Seguridad Social.

Es necesario cumplir el mandato legal para el desarrollo una Guía de valoración de Enfermedades Profesionales (Guía de los síntomas y patologías relacionados con el agente causante de la enfermedad profesional) que permitirá el abordaje médico evaluador de la enfermedad profesional de forma más precisa, y fácil.

Es así mismo urgente solucionar los conflictos surgidos en la valoración por el INSS en relación con el procedimiento de sospecha de enfermedades profesionales de las CCAA especialmente cuando no hay prestación. Debe de regularse y normarse de forma que aun no habiendo prestación la determinación y valoración de las situaciones de sospecha en caso de confirmarse deriven en actuaciones preventivas y de vigilancia que la enfermedad profesional está dotada para evitar su progresión y su deriva en incapacidad.

Los convenios del amianto deben de consolidarse y extenderse, así como la creación de un archivo específico de casos, para su análisis epidemiológico.

Seguimiento de procesos con cambio de contingencia, tanto por parte de Mutua, (Resolución Secretaria de estado de 19 septiembre 2007) como aquellos que aún con el procedimiento habilitado por el RD 625/2014 y la modificación del RD 1430/2009 permiten que los SPS asuman un proceso como EC cuando conocen es EP/AT. Mayor comunicación entre las partes para facilitar las decisiones y competencias al respecto

El propio procedimiento de valoración de la determinación de contingencia debe ser protocolizado para uniformar la actuación de las unidades médicas del INSS.

Es imprescindible potenciar medidas vigilancia epidemiológica, y para ello es preciso instrumentalizar procedimientos que valoren los actuales sistemas de registro o establezcan otros o implementar medias de mejora.

4. EL IMPACTO DE LA INCAPACIDAD. LA INCAPACIDAD COMO INDICADOR DE GESTIÓN. LA INCAPACIDAD COMO INDICADOR DE SALUD. EL MAPA DE LA INCAPACIDAD MÉDICA LABORAL UNA NECESIDAD URGENTE

Conocer el impacto en términos de salud pública, salud laboral y económicos de la incapacidad tanto temporal como permanente es la mejor manera de gestionar los recursos públicos y su dotación en aquellas áreas que requieren especial atención.

Para conocer el impacto de la incapacidad hay que disponer de datos.

La incapacidad es un indicador de gestión sanitaria tanto en la macro gestión (política sanitaria), como en la meso gestión (gestión de centros sanitarios), como la microgestión (gestión clínica) al ser un indicador de “resultado”.

El Mapa de la Incapacidad es una necesidad urgente supondría una excelente herramienta de gestión y sería un facilitador de los análisis epidemiológicos en salud pública y salud laboral. Hoy por hoy no disponemos de este mapa, sabemos del coste de la incapacidad, pero no de sus causas, la incapacidad es una prestación económica pero derivada de una situación de pérdida de la salud. Es urgente adaptar los sistemas de recogida de datos en incapacidad laboral para conseguir una mejor explotación epidemiológica de los mismos que facilite conocer la situación, análisis y planificación estratégica sobre incapacidad, creando con una base de datos mínimos básicos el Mapa de la Incapacidad en España permitiendo conocer las causas y el impacto de las situaciones de incapacidad laboral, practicar una gestión integral de recursos, prevenir las situaciones de incapacidad laboral, potenciar los mecanismos de detección de la enfermedad y los aspectos preventivos de la salud laboral, mejorar la gestión sanitaria que precisa y la protección socio laboral. Así mismo es preciso disponer de sistemas informáticos tipo “big data” que permitan la recogida y el análisis de tal conjunto de datos e información tan grande y tan compleja que hace su procesamiento muy difícil por no decir imposible utilizando las herramientas ordinarias de gestión de bases de datos.

La incapacidad es un indicador de salud pública y salud laboral.

Y cómo no es un indicador de calidad de vida. La incapacidad laboral afecta tanto al ámbito prestacional, como laboral, sanitario y social. Tiene una traslación en coste económico muy importante pero también es expresión del deterioro de la salud pública y la salud laboral con su traslación en la prevención y en la adecuación de programas de atención sanitaria, lo que indudablemente tiene su repercusión económica.

Si conocemos el impacto incapacitante de la pérdida de salud en la población trabajadora se procederá a una mejor gestión y adecuación de recursos atencionales, promocionales, preventivos, reintegradores, y prestacionales en torno a la incapacidad temporal y permanente. Hoy por hoy no disponemos de este mapa, sabemos coste pero no causas, la incapacidad es una prestación económica pero derivada de una situación de

pérdida de salud. No se puede hablar de prevención sin conocer qué debemos de prevenir. No se puede proteger sin saber aquello que necesita protección. No se puede hablar de calidad de gestión sin registro de datos. No se puede poner remedio a las causas de la incapacidad, sin conocerlas. No se puede promover la salud laboral sin conocer su impacto incapacitante. Establecer datos básicos mínimos: proceso incapacitante, días IT por proceso, limitaciones funcionales, grados de IP por procesos, incapacidad por grupo etario, sexo, tareas del trabajador, sectores de actividad, situación laboral, distribución geográfica. El mapa de incapacidad laboral conlleva trabajar en medicina evaluadora desde la evidencia científica, pues reporta un análisis sobre datos de la incapacidad médica laboral y nos serviría de apoyo para la implementación de protocolos de valoración clínico laboral de la incapacidad laboral. Algo más cercano a proceso clínico, prevención, tratamiento, vigilancia, recuperación de la salud, que conceptos “economicistas” o prestacionales.

Si bien el impacto económica y los factores ajenos o más allá de los factores de salud también tienen su gran relevancia. Sólo por cifrar el coste más de 9.000 millones de euros, en concreto 9.271, cuesta al año el absentismo laboral en España, según el IV Informe Adecco, lo que supone cada año, según el estudio, unos costes directos de 4.768 millones de euros para la Seguridad Social por prestaciones económicas y de 4.503 millones para las empresas por el abono de la prestación económica en los primeros días de baja. El gasto del sistema en IT fue de 4.878,37 millones de euros en 2014. Las 933.976 pensiones contributivas de incapacidad permanente a octubre 2015 cuestan 863.469.887,93 de euros.

Dicho lo cual no se puede hablar de prevención en salud sin conocer qué debemos de prevenir. No se puede proteger sin saber aquello que necesita protección. No se puede hablar de calidad de gestión sin registro de datos. No se puede poner remedio a las causas de la incapacidad, sin conocerlas. No se puede promover la salud laboral sin conocer su impacto incapacitante

Propuesta

Proponemos la creación de una base mínima de datos para la elaborar el Mapa de Incapacidad. La Conociendo el impacto incapacitante de la pérdida de salud en la población trabajadora se procederá a una mejor gestión y adecuación de recursos atencionales, promocionales, preventivos, reintegradores, y prestacionales en torno a la incapacidad temporal y permanente. Conocer nuestra población “incapacitada (por enfermedad)” es fundamental para cualquier análisis sobre impacto y necesidades de protección social, para contrastarla con la población activa, la población en formación o inactiva previa a la edad laboral, y la población inactiva jubilada.

Datos: Proceso incapacitante, días IT por proceso, limitaciones funcionales, grados de IP por procesos, incapacidad por grupo etario, sexo, tareas del trabajador, sectores de actividad, situación laboral, distribución geográfica...

CONCLUSIONES

En la incapacidad temporal se hace necesaria la modificación de las entidades y de las competencias de control y seguimiento de la baja.

Posibilitar el alta médica parcial para una reincorporación gradual al trabajo tras bajas prolongadas.

Compatibilizar baja médica y alta para trabajos con exigencias distintas.

Compartir información clínico sanitaria y laboral entre todas las entidades implicadas en la incapacidad temporal.

Tarjetas sanitarias que permitan acceso a la historia clínica. Historia clínica única.

Ficha de valoración ocupacional (requerimientos laborales) para trabajadores en Incapacidad. Determinados procesos de difícil valoración debiera ser el órgano valorador "EVI" equipo de valoración de incapacidades quien resolviera.

Unidades y protocolos de atención temprana en procesos de conocida prolongación de la baja más allá de lo esperado (osteomusculares o patología psiquiátrica menor).

Disponer de la utilización efectiva de los recursos sanitarios de las mutuas como apoyo.

En la incapacidad permanente debe de procederse a modificar la composición y competencias del órgano valorador "EVI" equipo de valoración de incapacidades incrementando el componente técnico, médico, preventivo y laboral.

Modificar los "grados" de incapacidad en su conjunto, y sobre todo aquellos con mayor controversia, o necesidad de actualización de su concepto y valoración médico laboral como ocurre con los baremos (lesiones permanentes no invalidantes), la incapacidad permanente parcial, la total y la gran invalidez (protocolizando su consideración).

Es fundamental modificar el concepto y referencia de profesión habitual ligado al de la incapacidad en seguridad social, con la evaluación más correcta y completa acorde con los requerimientos del trabajo, incluyendo tareas, sector de la actividad, capacitación, exigencias (físicas, posturales, dinámicas, psíquicas, de relación, responsabilidad, autonomía, horarios) riesgos, y circunstancias especiales del trabajo,

Intercambiar información entre sector sanitario o atencional, sector de control y gestión y sector laboral y preventivo, al respecto de la incapacidad/capacidad laboral, para poder tomar decisiones en referencia a las capacidades del trabajador comprometidas por pérdida de salud y los requerimientos del trabajo exigidos. (Servicio Público de Salud, Inspecciones Médicas del INSS y SPS. Mutuas. Servicios de Prevención. Médicos del Trabajo)

Hay que favorecer y desarrollar la valoración preventiva de la incapacidad y el trabajo.

Resolución de controversias entre el no apto y la no incapacidad a través del órgano valorador EVI.

Protocolizar la determinación de contingencia, en lo referente a proceso de carácter laboral u ocupacional o de contingencia laboral. Resolución de las sospechas de enfermedad profesional y potenciar el carácter preventivo que las resoluciones o valoraciones médicas de la capacidad laboral comportan.

Conocer el impacto de la incapacidad tanto temporal como permanente, elaborando un mapa de la incapacidad con los datos básicos para analizar las enfermedades, su consecuencia incapacitante laboral y su presentación en la población.

El mapa de incapacidad como herramienta de gestión y facilitador de los análisis epidemiológicos en salud pública y salud laboral.

La incapacidad como indicador de gestión sanitaria. La incapacidad como indicador de salud pública y salud laboral. La incapacidad laboral como indicador de calidad de vida

Para la mayor independencia actuaria es precisa la creación de una inspección médica de trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El concepto de profesión habitual como determinante para la calificación de la incapacidad permanente total. Ana Álvarez Moreno. Lexnova.es portal jurídico. Artículo extraído del libro La reforma de la Seguridad Social 2011.
2. La profesión habitual una referencia a modificar en la valoración de la incapacidad laboral. Revista Medicina y Seguridad del Trabajo. N.º 238 José Manuel Vicente Pardo.
3. La valoración de la profesión, del trabajo, de la ocupación, y de las tareas en el procedimiento de valoración de la capacidad laboral en materia de Seguridad Social. Revista Medicina y Seguridad del Trabajo. N.º 237 José Manuel Vicente Pardo.
4. El Informe Médico de Valoración de la Capacidad Laboral y la Ficha de Evaluación de la Capacidad Laboral una nueva herramienta en la gestión y valoración de las situaciones de incapacidad. Archivos de la Sociedad Vasca de Medicina del Trabajo. <http://www.lmee-svmt.org>