MEDICINA y SEGURIDAD del trabajo

Marco teórico de la valoración de la incapacidad laboral. Singularidad y diferencias respecto a otras valoraciones

César Borobia Fernández

Profesor Titular del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria. Universidad Complutense de Madrid.

Correspondencia
cborobia@telefonica.net

El programa que los organizadores de este Congreso me han indicado que siga es el siguiente:

1. Marco teórico de la valoración de la incapacidad laboral.
2. Singularidad y diferencias con respecto a otras valoraciones.

Comenzaré por el segundo apartado (Singularidad y diferencias con respecto a otras valoraciones).

La valoración del daño corporal es el proceso casi final de un proceso en el que se persigue (como último paso) la compensación económica del proceso de una modificación en el estado de salud.

Se pueden distinguir tres grandes bloques:

1. El que tiene un responsable penal, civil o administrativo del daño.
2. En aquel en que no existe un responsable y solo se persigue la ayuda social.
3. El de origen y desarrollo laboral (el que más nos interesa en el día de hoy).

En el primer caso, en el que existe un responsable (al margen de lo laboral) el medio o la herramienta de valoración es, en general, libre con algunas excepciones, por ejemplo, el accidente de tráfico que utiliza un sistema (con un baremo incluido) que es obligatorio. La tendencia que empieza a observarse en este siglo (baremo europeo, baremo portugués, publicaciones concretas, líneas de investigación,…) es que la base de la valoración sea la Actividades Básicas de la Vida Diaria; con las dificultades que ello conlleva pero muy animado por los trabajos de OMS al respecto (Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, incluido).

La idea, pues, es valorar lo que el paciente/lesionado puede hacer y no puede hacer y todo ello acompañado de las ayudas que necesite (físicas o personales) o del tiempo que tarde en hacer las cosas. Está claro que el abanico de posibilidades es muy amplio, pero, en ello estamos y los trabajos, hasta el momento, están dando resultados. Por primera vez en la historia de la valoración, las cifras o valores que se manejan se ajustan mejor a lo que se intuye es la realidad: dicho de otro modo, se intenta alejarse de los clásicos baremos que son copias de sistemas de siglos pasados más en consonancia con el mundo del derecho que con el de la Medicina.

Dentro de la libertad de este primer apartado no se puede olvidar que siguen existiendo valoraciones totalmente personalizadas en las que se describen lo que se puede o no se puede hacer, sin seguir ninguna tabla ni ningún baremo y solamente figura su descripción.

En el segundo apartado (el de la ayuda social) el sistema a utilizar es el del baremo (no podía ser otro). Se busca la ayuda o integración (lo mejor posible) en la sociedad. Las posibles consideraciones personales están incluidas en el sistema. Desde hace unos años,

se utiliza un sistema basado en las Actividades Básicas de la Vida Diaria; me refiero a la Dependencia. En este, la base, a mi modo de ver erróneamente, es la Clasificación Internacional de Funcionamiento y Discapacidad. El otro gran grupo de ayudas sociales, el de los minusválidos, sigue utilizando el baremo basado fuertemente en el del AMA de la 4ª ed. (cuando es USA se utiliza el de la 6ª ed. Bastante diferente que el de la 4ª).

A modo de resumen, si bien en el siglo pasado, el sistema de valoración no laboral era libre o basado en un baremo, en este siglo la tendencia es el estudio de lo que una persona puede o no puede hacer de sus actividades básicas en la vida diaria, algo parecido a lo que se pide en el laboral, como vamos a ver a continuación.

La segunda parte de mi intervención se corresponde con el marco teórico de la valoración de la incapacidad laboral. Cuestión que se me antoja curiosa, porque teóricamente el marco práctico tendría que coincidir, más o menos, con el teórico.

Esta cuestión me recuerda unas reuniones que tuvimos hace algo más de 15 años (era en primer gobierno de Aznar) cuando se intentaba la regulación de los grados de incapacidad, dado el mandato de la Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social, en las que se intentaba armonizar, valga la repetición, lo que se pedía en la Ley, es decir:

a) La elaboración de una lista de enfermedades.
b) La reducción de la capacidad laboral de dichas enfermedades por grados.
c) En relación con la profesión o grupo profesional.

Al margen de lo que se haga hoy día, creo que no tendría demasiadas dificultades el primero y el tercer apartado, es decir, la elaboración de la lista de enfermedades y la relación de profesiones y de grupos profesionales. Podrá:

— llevar más tiempo,
— serán más o menos numerosos los epígrafes,
— será más o menos compleja su utilización,
— exigirá actualizaciones anuales,
— …

pero se puede hacer.

Las dificultades las encuentro en el segundo apartado, en la reducción de la capacidad laboral que ocasionan dichas enfermedades y el establecimiento del grado de reducción. En otras palabras, lo que se nos ha pedido o exigido desde siempre.

La idea es muy clara y muy coherente, se pide al perito que indique si las capacidades perdidas limitan al trabajador en su profesión o trabajo (no entremos en este momento en esta discusión) y en qué grado. Afortunadamente, el grado es muy amplio, de poder hacer, a no poder hacer nada de lo que hacía o a no poder hacer nada de nada. Pero lo que tiene de ventaja, lo tiene de inconveniente, porque lo normal es que el trabajador pueda "hacer algo" de trabajo o de cualquier otro trabajo.

Por otro lado, las herramientas que se han intentado elaborar no han dado resultados.

a) Se puede citar los trabajos de Laet y Lobet (lo hago siempre por su originalidad y porque se lo merecen) de 1947. Es obvio, una vez estudiado el sistema de que podría funcionar más que a modo de "fotografía".
b) Los baremos creado al efecto (Mc Bride en USA, Padovani en Italia, Mayet y Rey en Francia, el baremo portugués,…) no dieron resultados, más que en sus propios países, porque no eran extrapolables a las exigencias españolas.
c) La elaboración de profesiogramas (hasta yo mismo confeccioné uno para una empresa de artes gráficas de no sé cuantos cientos de trabajadores) era una buena herramienta en lo fácil, es decir, cuando claramente se veía que los requisitos laborales se encontraban a la derecha de lo que podía hacer el

trabajador. El problema surgía cuando estaban mezclados, es decir, cuando había elementos físicos/psíquicos que se encontraban a la derecha o a la izquierda de las capacidades del trabajador. Nos faltaba la "medida", nos faltaba y nos sigue faltando la "herramienta de la medida" de modo que al final se pueda dar una cifra orientativa de la incapacidad.

d) Queda siempre el sistema de la observación personal y el del profesiograma de la "hoja en blanco", pero el problema es el de la dispersión de criterios y de resultados.

La pregunta que surge es la misma de siempre ¿Cuál es el sistema para valorar las capacidades/incapacidades de una trabajador? La respuesta la hemos tenido siempre delante, la de la observación, comparación y emisión de la Ley. Observar que se requiere para ejecutar una actividad determinada, compararla con lo que los trabajadores normales (en función sobre todo de la edad) pueden hacer y establecer una Ley que diga, por ejemplo, que el 90% de los trabajadores que tienen entre 25 y 35 años ejecutan esta acción con un rendimiento que oscila entre el 75-85%. Transformar estos datos en "capacidad/incapacidad" es relativamente sencillo e igualmente se podría agrupar con relativa facilidad las familias profesionales. En esta línea se está trabajando en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston (Alan M. Jette) cuyo avance del trabajo se presentó en Montreal hace aproximadamente un año; estaban valorando la las capacidades físicas de un trabajador al que le faltara un brazo, así como las necesidades para el mantenimiento y cambio de posición del cuerpo. El trabajo lo habían realizado con isocinéticos e isoinerciales. Hay que indicar que, en España, estamos trabajando de modo parecido en las actividades básicas de la vida diaria, habiendo estudiado, entre otros, al parapléjico y a la amputación de un miembro superior; en nuestro caso, basados en el Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud.

A mi modo de ver, hoy por hoy, es la solución al problema aunque para ello se requiera oportunidad política (creo que ese no es el problema) y dinero (ese si es un problema); solucionado el segundo, se podrían diseñar las requisitos físicos y psíquicos más frecuentes (pienso que no pasarían de cuarenta) se estudiarían en muestras de trabajadores (agrupados según la edad, sobre todo) y se podrían elaborar unas tablas con sus márgenes de confianza. Al aplicar estas tablas a un trabajador enfermo podríamos encontrarnos que, por ejemplo, que los requisitos necesarios serían como los de un trabajador que tiene 20 años más, o bien que necesita de un mayor consumo energético para llegar a su estándar. En cualquiera de los dos casos, el resultado es medible, tanto en la capacidad como en la incapacidad y es posible darle un "número" que permitiera darle el "grado".