



MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

INTERNET



SUMARIO

EDITORIAL

José Manuel Vicente Pardo

Presidente del II Congreso de Médicos Inspectores de la Seguridad Social 1-2

PONENCIAS

Mesa 1. Valoración médica de la capacidad laboral: marco legislativo. Marco competencial. Marco conceptual. Protocolos de actuación. Problemática diaria 3

MODERA: Javier Sainz González

Médico Inspector Jefe Adjunto. INSS. Dirección Provincial de Madrid

Valoración médica de la incapacidad laboral y protocolos de actuación
Luis Sánchez Galán 4-8

Marco teórico de la valoración de la incapacidad laboral. Singularidad y diferencias respecto a otras valoraciones
César Borobia Fernández 9-11

El Médico Inspector de la Seguridad Social
Raúl Regal Ramos 12-16

Valoración médica de la incapacidad laboral por los facultativos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS)
Ana Navarro Peñalver 17-24

Mesa 2. Experiencias en gestión de la incapacidad laboral temporal. Nuevas modalidades de control y gestión médica eficaz de la Incapacidad Temporal (IT) 25

MODERA: María Jesús Terradillos García

Médico Inspector Jefe. Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas. INSS. Madrid.

SUPLEMENTO EXTRAORDINARIO N.º 1

Tomo 60-2014
Med Seg Trab Internet 2014; 60. S.Ex.nº1: 1-325
Fundada en 1952
ISSN: 1989-7790
NIPO en línea: 725-14-006-6

Ministerio de Economía y Competitividad
Instituto de Salud Carlos III
Escuela Nacional de Medicina del Trabajo
<http://scielo.isciii.es>
<http://infosaludlaboral.isciii.es>

 Ministerio de Economía y Competitividad
Escuela Nacional de Medicina del Trabajo



International Labour Organization
International Occupational Safety and Health Information Centre (CIS)
Centro Nacional en España: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ISCIII)



La gestión electrónica de los procesos de Incapacidad Temporal de corta duración por la inspección de servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Galicia	
<i>Raquel Vázquez Mourelle, Mercedes Piñeiro Abeledos</i>	26-35
Intervención inmediata. Análisis y resultados de los programas de intervención temprana en patología osteomioarticular implantados	
<i>Juan Ángel Jover Jover</i>	36-38
Valoración funcional de la patología psiquiátrica menor. Guía de valoración de la Incapacidad Temporal (IT) de patología psiquiátrica	
<i>Iñaki Madariaga Zamalloa</i>	39-43
Nuevos modelos de gestión de recursos diagnósticos y terapéuticos para una rápida valoración diagnóstica y un tratamiento en tiempo y forma en pacientes en Incapacidad Temporal (IT). El acceso a la historia clínica para control clínico de calidad de la IT	
<i>Isabel de Frutos Iglesias</i>	44-50
Mesa 3. Repercusión social de la Incapacidad Temporal (IT). Evolución. Factores implicados. Datos necesarios para el análisis. Objetivo final	51
MODERA: Emilio Jardón Dato	
<i>Coordinador de Equipos de Valoración de Incapacidades. Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas. INSS. Madrid.</i>	
Incapacidad temporal y atención primaria	
<i>Antonio Salas Baena</i>	52-58
Análisis de tendencia de la prestación por incapacidad temporal en los presupuestos del sistema de Seguridad Social	
<i>Marta Morano Larraqueta</i>	59-64
Análisis de la influencia de los factores relacionados con los indicadores de la Incapacidad Temporal y la reincorporación al trabajo	
<i>María Villaplana García</i>	65-73
Análisis de la Incapacidad Temporal desde la Atención Primaria	
<i>Eugenio Fernández Escalada</i>	74-78
Mesa 4. Valoración de los requerimientos profesionales. Capacidades requeridas para el trabajo o grupos profesionales	79
MODERA: Jorge Veiga de Cabo	
<i>Jefe de Área de Divulgación Científica, Investigación y Servicios. Escuela Nacional Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.</i>	
Las guías de valoración de los requerimientos laborales en la Incapacidad Laboral: la Guía de Valoración Profesional del INSS, el mercal y la Guía Mejorada del Instituto de Biomecánica de Valencia	
<i>Manuel García Herrera</i>	80-91
Valoración de la aptitud de los requerimientos profesionales. Capacidades requeridas para el trabajo o grupos profesionales: algunas aportaciones del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)	
<i>Marta Zimmerman Verdejo</i>	92-97
Fichas ocupacionales. Ibermutuamur	
<i>Rafael Ramos Muñoz</i>	98-109

Ficha de valoración ocupacional para trabajadores en Incapacidad Temporal (IT) en el País Vasco. Valoración de requerimientos del trabajo en pacientes en IT o al alta	
<i>Juan Goiria Ormazábal</i>	110-123
Mesa 5. Incapacidad y aptitud laboral. Nuevas sinergias entre medicina evaluadora y medicina laboral. Historia clínica laboral única. La incapacidad laboral, un continuo evolutivo	124
MODERA: María Victoria Garrido Manzano	
<i>Médico Inspector INSS. Dirección Provincial de Castellón.</i>	
Reflexiones sobre la incapacidad y aptitud laboral. Nuevas sinergias entre medicina evaluadora y medicina laboral. Historia clínica laboral única. La incapacidad laboral, un continuo evolutivo	
<i>César Eloy Díaz Salazar</i>	125-130
Reflexiones sobre la incapacidad y aptitud laboral. Nuevas sinergias entre medicina evaluadora y medicina laboral. Historia clínica laboral única. La incapacidad laboral, un continuo evolutivo	
<i>Iñaki Korta Murua</i>	131-141
Incapacidad y aptitud laboral. Nuevas sinergias entre medicina evaluadora y medicina laboral. Historia clínica laboral única. La capacidad laboral, un continuo evolutivo	
<i>Fernando García Benavides, María A. López, Xavier Durán, José M. Martínez</i>	142
Mesa 6. Valoración de la contingencia profesional. La sospecha de enfermedad profesional. Programas de vigilancia epidemiológica laboral. Archivos de registro de enfermedad profesional. Archivos de registro de enfermedades como accidente de trabajo	143
MODERA: Pilar Baidés Gonzalvo	
<i>Médico Inspector Jefe. INSS. Dirección Provincial de Madrid.</i>	
El desafío de la gestión de las enfermedades profesionales. <i>Solvitas perambulum</i>	
<i>Clara Guillén Subirán</i>	144-156
La sospecha de enfermedad profesional. Programas de vigilancia epidemiológica laboral	
<i>Montserrat García Gómez</i>	157-163
Valoración médica de la contingencia profesional	
<i>José Rafael Lobato Cañón</i>	164-173
Implantación de un programa para la declaración de sospecha de enfermedad profesional. La experiencia de Osakidetza	
<i>Carlos Solá Sarabia</i>	174-180
Mesa 7. Controversias	181
MODERA: Araceli López-Guillén García	
<i>Médico Inspector. INSS. Dirección Provincial de Murcia</i>	
La vigilancia de la salud y la aptitud laboral	
<i>Juan Antonio Elena García</i>	182-188
Discapacidad y capacidad laboral	
<i>Victoriano Redondo Ciruelos</i>	189-195

Lesiones relacionadas con el tráfico y papel de los centros de reconocimiento de conductores

Julio Pérez de la Paz, Elena Valdés Rodríguez 196-204

Controversias

Rosa María Virolés Piñol 205-216

COMUNICACIONES ORALES

ÁREA TEMÁTICA 1: Instrumentos de gestión y control de la Incapacidad Temporal Desarrollo de sesiones conjuntas de traumatólogos y médicos inspectores en la unidad médica del INSS

Manuel Gómez Sánchez, Manuel Sereno Martínez, José Carlos Fernández Villarroel, M.º Valle Calles Martín, Mari Carmen Martín Arrojo, M. Paredes Rodríguez 219-223

Estudio sobre demoras de calificación en la provincia de Cáceres en el periodo 2008-2013

José Carlos Fernández Villarroel, Manuel Gómez Sánchez, M.º Carmen Martín Arrojo, Manuel Paredes Rodríguez, M.º Valle Calles Martín 224-228

Revisión y análisis descriptivo de la prestación económica por riesgo laboral en el embarazo gestionada por el INSS en un ámbito provincial

M.º Begoña Rodríguez Gallego, Teresa Fuentes López, Fernando Bermúdez Granados, Francisca Aurora Toscano Niebla, Santiago Cabuchola Moreno 229-233

Estudio descriptivo de los procesos de IT más prevalentes derivados de problemas durante el embarazo en mujeres de la comunidad valenciana

Emilio Martínez Marc, Isabel Vázquez 234-242

ÁREA TEMÁTICA 2: Métodos de valoración de la incapacidad laboral

Programa formativo interdisciplinar entre los inspectores médicos del INSS y los equipos de salud mental en Málaga

Matilde Leonor Alba Jurado, Santiago Cabuchola Moreno 243-250

Proyecto de mejora de la asistencia sanitaria (MAS). Estudio multicéntrico y multidisciplinar. Primeras conclusiones

Carolina Gerónimo Blasco, Eduardo Viver Bernadó, María del Mar Blázquez Sánchez, Joaquín Verdugo López, Manuel Mendoza López 251-253

Análisis retrospectivo sobre la utilidad de las herramientas de valoración funcional, en las dolencias lumbares a nivel del ámbito laboral (Regional Canarias de Fremap, Año 2012)

Alexander Vera Vicuña, Sonia M.º Medina Macías 254-263

ÁREA TEMÁTICA 3: Comunicación entre la medicina evaluadora y la laboral**Estudio de concordancia entre la mutua Asepeyo y el INSS sobre las Propuestas y resoluciones de secuelas y capacidad laboral por contingencia Profesional**

Javier Enrique Aragón Cutillas 264-266

Estudio de los expedientes de determinación de contingencia en una dirección provincial del I.N.S.S.

María Begoña Rodríguez Gallego, Mónica Alicia Rodríguez Gallego, Ana Belén González Ruiz, Francisca Aurora Toscano Niebla, Santiago Cabuchola Moreno 267-271

ÁREA TEMÁTICA 4: Controversias en la evaluación de la incapacidad**Enfermedad pre-existente, agravamiento y/o accidente de trabajo. Análisis de 10 casos clínicos**

Ana M.º González Onetti, Carolina Ruiz-Granados, Victoria Tena Trincado 272-278

Estudio del grado de secuela en la contingencia profesional según los diferentes estamentos involucrados dentro de la legislación laboral

Luis Jesús Sánchez-Elvira Muñoz, M.º José Aguado Benedí 279-286

Estudio del grado de secuela en la contingencia profesional según los diferentes estamentos involucrados, dentro de la legislación laboral, en relación a la zona geográfica. Estudio de la coincidencia entre la mutua y el INSS

Luis Jesús Sánchez-Elvira Muñoz, M.º José Aguado Benedí 287-292

Estudio de la relación de la profesión con el grado de secuela, en la contingencia profesional según los diferentes estamentos involucrados, dentro de la legislación laboral

Luis Jesús Sánchez-Elvira Muñoz, M.º José Aguado Benedí 293-298

POSTERS GALARDONADOS**Análisis de fraude a Seguridad Social en pacientes con Incapacidad Temporal Contingencia Común (ITCC)**

Elisa Salazar González, Eva Tejero Sancho, Noelia Montesinos Fernández 300-303

Incapacidad laboral por Infarto Agudo de Miocardio (IAM): ¿podrían cambiar nuestros medica en la era de la repercusión miocárdica?

Inés Pérez Leal, Ana García Díaz, Rafael Hidalgo Urbano 304-306

CONCLUSIONES**José Manuel Vicente Pardo**

Presidente del II Congreso de Médicos Inspectores de la Seguridad Social 308-316

ACTO DE CLAUSURA**Tomás Burgos Gallego**

Secretario de Estado de la Seguridad Social. Ministerio de Empleo y Seguridad Social 317-325

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

Director: Javier Arias Díaz

Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Director Adjunto: Jerónimo Maqueda Blasco

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

COMITÉ EDITORIAL

Redactor Jefe: Jorge Veiga de Cabo

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Redactor Adjunto: Marcelo José D'Agostino

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington DC. USA.

Coordinadora de Redacción: Isabel Mangas Gallardo

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Colaboradores técnicos del Comité Editorial: Daniel Velázquez López, Alfredo Robledillo Colmenares, Ana María Barbu

MIEMBROS

Aguilar Madrid, Guadalupe

Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Investigación de Salud en el Trabajo. México.

Castañón Álvarez, Juan

Jefe Estudios Unidad Docente. Comunidad Autónoma Asturias. Asturias. España.

Forastieri, Valentina

Programa Internacional de Seguridad, Salud y Medio Ambiente (Trabajo Seguro). Organización Internacional del Trabajo (OIT/ILO). Ginebra. Suiza.

Guillén Subirán, Clara

Ibermutuamur. Madrid. España.

Horna Arroyo, Rosa

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Martínez Herrera, Juan Antonio

Unidad Equipo Valoración Incapacidades. Madrid. España.

Neves Pires de Sousa Uva, António

Escola de Saude Pública. Universidad Nova de Lisboa. Lisboa. Portugal.

Nieto, Héctor Alberto

Cátedra de Salud y Seguridad en el Trabajo. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Nieto Sainz, Joaquín

Director de la Oficina en España de la Organización Internacional del Trabajo.

Rodríguez de la Pinta, M.ª Luisa

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

Roel Valdés, José María

Sector Enfermedades Profesionales. Centro Territorial INVASSAT. Alicante. España.

COMITÉ CIENTÍFICO

Alday Figueroa, Enrique

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Consejo General del Poder Judicial. Madrid. España.

Álvarez Blázquez, Fernando

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

Álvarez Hidalgo, Francisco Jesús

Unidad de Salud, Seguridad e Higiene del Trabajo. Comisión Europea. Luxemburgo.

Arceiz Campos, Carmen

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital de La Rioja. Logroño. España.

Burg Ceccim, Ricardo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Brasil.

Carreño Martín, María Dolores

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Carreras Vaquer, Fernando

Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. España.

Casal Lareo, Amparo

Azienda Ospedaliera. Universitaria Careggi. Florencia. Italia.

Caso Pita, Covadonga

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Castell Salvá, Rafael

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Palma de Mallorca. España.

Castellano Royo, María

Universidad de Granada. Facultad de Medicina. Granada. España.

Conde-Salazar Gómez, Luis

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Cruzet Fernández, Francisco

Especialista en Medicina del Trabajo. Madrid. España.

Gamo González, María Fe

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid. España.

García Arenas, María Ángeles

Servicio de Prevención y Salud Laboral. Tribunal de Cuentas. Madrid. España.

García Benavides, Fernando

Universidad Pompeu-Fabra. Barcelona. España.

García López, Vega

Instituto Navarro de Salud Laboral. Pamplona (Navarra). España.

Granados Arroyo, Juan José

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). España.

Heras Mendaza, Felipe

Hospital de Arganda del Rey (Madrid). España.

Jardón Dato, Emilio

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

Juárez Pérez, Cuauhtémoc Arturo

Unidad de Investigación de Salud en el Trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

Marqués Marqués, Francisco

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid. España.

Martí Amengual, Gabriel

Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Martínez Jarreta, Begoña

Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

Nova Melle, Pilar

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid. España.

Ordaz Castillo, Elena

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Otero Dorrego, Carmen

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital General de Móstoles. Móstoles (Madrid). España.

Otero Gómez, Cruz

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). Madrid. España.

Rescalvo Santiago, Fernando

Jefe de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral de Castilla y León.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.

Sánchez Jiménez, Vicente

Formación y Estudios Sindicales FECOMA-CC.OO. Madrid. España.

Sant Gallén, Pere

Escuela de Medicina del Trabajo. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Sanz Valero, Javier

Dirección General de Salud Pública. Gandía (Valencia). España.

Solé Gómez, Dolores

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Barcelona. España.

Soriano Corral, José Ramón

Mutua Universal. Madrid. España.

Van Der Haer, Rudolf

MC Mutual. Barcelona. España.

Wanden-Berghe, Carmina

Universidad CEU Cardenal Herrera. Elche. Alicante. España.
Hospital General Universitario de Alicante. España.

Zimmermann Verdejo, Marta

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Madrid. España.

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del ISCIII Pabellón, 13 – Campus de Chamartín – Avda. Monforte de Lemos, 3 - 5 o C/ Melchor Fernández Almagro, 3 – 28029 Madrid. España.

Indexada en

OSH – ROM (CISDOC) Organización Internacional del Trabajo (OIT)

HINARI, Organización Mundial de la Salud (OMS)

IBECs, Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud

IME, Índice Médico Español

SciELO (Scientific Electronic Library Online)

Dialnet

Latindex

Free Medical Journals

Portal de Revistas Científicas. BIREME.OPS/OMS

Periodicidad

Trimestral, 4 números al año.

Edita

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo
Instituto de Salud Carlos III
Ministerio de Economía y Competitividad



NIPO en línea: 725-14-006-6

ISSN: 1989-7790

Diseño y maquetación: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado

<http://publicaciones.isciii.es>

<http://www.scielo.org>

<http://scielo.isciii.es>

<http://infosaludlaboral.isciii.es>

<http://www.freemedicaljournals.com/>

<http://dialnet.unirioja.es/>

<http://publicacionesoficiales.boe.es>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.1/es>

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo nace en 1952, editada por el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. A partir de 1996 hasta la actualidad es editada por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) de Madrid (España) en formato papel, y desde 2009 exclusivamente en formato electrónico.

Medicina y Seguridad del Trabajo se encuentra accesible desde diferentes plataformas y repositorios entre los que podemos citar el Instituto de Salud Carlos III (<http://www.isciii.es>), Scientific Electronic Library (SciELO, <http://www.scielo.org> y <http://scielo.isciii.es>), Directory of Open Access Journals (DOAJ, <http://www.doaj.org>) y Portal InfoSaludLaboral (<http://infosaludlaboral.isciii.es>).

1.- POLÍTICA EDITORIAL

Medicina y Seguridad del Trabajo es una revista científica que publica trabajos relacionados con el campo de la medicina del trabajo y la salud laboral. Acepta artículos redactados en español y/o inglés (en los casos en que se reciban en ambos idiomas se podrá contemplar la posibilidad de publicar el artículo en español e inglés). Los manuscritos han de ser originales, no pueden haber sido publicados o encontrarse en proceso de evaluación en cualquier otra revista científica o medio de difusión y adaptarse a los Requisitos de Uniformidad del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE) (versión en inglés <http://www.icmje.org>), versión en español, http://foietes.files.wordpress.com/2011/06/requisitos_de_uniformidad_2010_completo.pdf).

La remisión de manuscritos a la revista para su publicación en la misma, supone la aceptación de todas las condiciones especificadas en las presentes normas de publicación.

El Comité de Redacción de la revista no se hace responsable de los resultados, afirmaciones, opiniones y puntos de vista sostenidos por los autores en sus diferentes formas y modalidades de intervención en la revista.

1.1.- Autoría, contribuciones y agradecimientos

Conforme al ICMJE, los autores firmantes deben haber participado suficientemente en el trabajo, asumir la responsabilidad de al menos una de las partes que componen la obra, identificar a los responsables de cada una de las demás partes y confiar en la capacidad e integridad de aquellos con quienes comparte autoría.

Aquellos colaboradores que han contribuido de alguna forma en la elaboración del manuscrito, pero cuya colaboración no justifica la autoría, podrán figurar como "investigadores clínicos o investigadores participantes" describiendo escuetamente su contribución. Las personas que no cumplan ninguno de estos criterios deberán aparecer en la sección de Agradecimientos.

Toda mención a personas físicas o jurídicas incluidas en este apartado deberán conocer y consentir dicha mención, correspondiendo a los autores la gestión de dicho trámite.

1.2.- Derechos de autor (copyright)

Medicina y Seguridad del Trabajo se encuentra adherida a la licencia Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.1/es>) bajo la modalidad de Reconocimiento –NoComercial– SinObraDerivada (by-nc-nd), lo que significa que los autores mantienen sus derechos de autoría y no permiten el uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales debe hacerse con una licencia igual a la que regula la obra original, respetando la autoría y referencia de la revista que debe ser siempre citada, permitiendo su divulgación mediante los sistemas de acceso abierto y la utilización de los contenidos por la comunidad científica internacional y el resto de la sociedad.



1.3.- Conflicto de intereses

Los autores deberán declarar aquellos posibles conflictos de intereses profesionales, personales, financieros o de cualquier otra índole que pudieran influir en el contenido del trabajo.

En caso de que el manuscrito o parte de su contenido hubiese sido publicado previamente en algún medio de comunicación, deberá ser puesto en conocimiento del Comité de Redacción de la revista, proporcionando copia de lo publicado.

1.4.- Financiación

En caso de que el trabajo haya tenido financiación parcial o total, por alguna institución pública o privada, deberá hacerse constar tanto en la carta de presentación como en el texto del manuscrito.

1.5.- Permisos de reproducción de material publicado

Es responsabilidad de los autores la obtención de todos los permisos necesarios para reproducción de cualquier material protegido por derechos de autor o de reproducción, así como de la correspondiente autorización escrita de los pacientes cuyas fotografías estén incluidas en el artículo, realizadas de forma que garanticen el anonimato de los mismos.

1.6.- Compromisos éticos

En los estudios realizados con seres humanos, los autores deberán hacer constar de forma explícita que se han cumplido las normas éticas del Comité de Investigación o de Ensayos Clínicos establecidas en la Institución o centros donde se hay realizado el trabajo, conforme a la declaración de Helsinki.

(<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>).

En caso de que se hayan realizado experimentos con animales, los autores deberán indicar el cumplimiento de normas nacionales para el cuidado y uso de animales de laboratorio.

2.- REMISIÓN DE MANUSCRITOS

2.1.- Formas de envío

Los autores deberán enviar a revistaenmt@isciii.es, una carta de presentación dirigida al Comité de Redacción, acompañando al manuscrito.

2.2.- Carta de presentación

La carta de presentación deberá especificar:

- Tipo de artículo que se remite.
- Breve explicación del contenido y principales aplicaciones.
- Datos del autor principal o responsable de recibir la correspondencia, en caso de que no coincida con el autor principal, relación de todos los autores y filiaciones de cada uno.
- Documento de conformidad de cada uno de los firmantes.

- Declaración explícita de que se cumplen todos los requisitos especificados dentro del apartado de Política Editorial de la revista (Punto 1).

2.3.- Contenido del manuscrito

El artículo se encontrará estructurado en las siguientes secciones: Título, Resumen, Palabras clave, Texto, Tablas, Figuras y Bibliografía. En los casos en que se requiera, Anexos y Listado de abreviaturas.

2.3.1.- Página del título

Deberá contener:

- **Título** en *español* y en *inglés*, procurando no exceder, en lo posible, en más de 15-20 palabras. Debe describir el contenido del artículo de forma clara y concisa, evitando utilización de acrónimos y abreviaturas que no sean de uso común.
- **Autor encargado de recibir la correspondencia:** Puede ser el autor principal u otra persona designada. Deberá figurar nombre completo y apellidos, dirección postal, teléfono y correo electrónico.
- **Autores:**
 - Apellidos y nombre o inicial, separado por comas, hasta un máximo de seis. Cuando el número de autores sea superior, la revista permite la opción de añadir "et al" o incluir una relación de los mismos al final del texto. En caso de que se incluyan dos apellidos, estos deberán encontrarse separados por un guion. Mediante números arábigos en superíndice, cada autor se relacionará con la institución/es a la/las que pertenece.
 - En caso de que en la publicación deba hacer mención a algún tipo de agradecimiento, participantes o institución financiadora, deberá hacerse constar en esta página.

2.3.2.- Resumen

Cada artículo de investigación original y revisiones, deberán contar con un *resumen en español* y un *abstract en inglés*, preferiblemente estructurado en los apartados de introducción, objetivos, material y método, resultados y discusión (o conclusiones en su caso). Deberá ser lo suficientemente explicativo del contenido del artículo, no contendrá citas bibliográficas ni información o conclusiones que no se encuentren referidas en el texto.

2.3.3.- Palabras clave

A continuación y de forma separada de estos, se incluirán de tres a cinco *palabras clave en español y en inglés* (*key words*).

Para definir las palabras clave se recomienda utilizar descriptores utilizados en tesauros internacionales:

- Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>),
- Medical Subject Headings (MeSH) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=mesh>),
- Tesauro de la Organización Internacional del Trabajo (OIT-ILO) (<http://www.ilo.org/thesaurus/defaultes.asp>).

2.3.4.- Texto

Los manuscritos deberán ser redactados en formato Microsoft Word 2010 o compatible.

En el caso de artículos originales, deberán encontrarse estructurados atendiendo a las siguientes secciones: Introducción (finalizando con los objetivos del estudio), Material y métodos, Resultados y Discusión (Conclusiones en su caso), cada una de ellas, convenientemente encabezadas.

Se citarán aquellas referencias bibliográficas estrictamente necesarias, mediante números arábigos en forma de superíndices por orden de aparición, tanto en el texto como en las figuras.

Las referencias a textos que no hayan sido publicados ni que se encuentren pendientes de publicación (comunicaciones personales, manuscritos o cualquier otro dato o texto no publicado), podrá incluirse entre paréntesis dentro del texto del artículo, pero no se incluirá en las referencias bibliográficas.

En el apartado de material y métodos se especificará el diseño, la población de estudio, los métodos estadísticos empleados, los procedimientos y normas éticas seguidas en caso de que sean necesarias y los procedimientos de control de sesgos, entre otros aspectos que se consideren necesarios.

Los trabajos de actualización y revisión bibliográfica pueden requerir una estructura diferente en función de su contenido.

2.3.5.- Tablas y figuras

El título se situará en la parte superior y tanto el contenido como las notas al pie, deberán ser lo suficientemente explicativos como para poder ser interpretadas sin necesidad de recurrir al texto.

Las tablas se enviarán en formato Microsoft Word 2010 o compatible y las figuras en formato Power Point, JPEG, GIFF o TIFF. Preferiblemente en fichero aparte del texto y en páginas independientes para cada una de ellas, indicando en el texto el lugar exacto y orden en el que deben ser intercaladas, aunque también se admite que remitan ya intercaladas en el texto.

Tanto las tablas como las figuras deberán estar numeradas según el orden de aparición en el texto, pero de forma independiente, las tablas mediante números romanos y las figuras mediante números arábigos. Se recomienda no sobrepasar el número de ocho tablas y ocho figuras en los artículos originales.

2.3.6.- Abreviaturas

En caso de que se utilicen abreviaturas, la primera vez que aparezca en el texto deberá encontrarse precedida del nombre completo al que sustituye la abreviación e incluirse entre paréntesis. No será necesario en caso de que se corresponda con alguna unidad de medida estándar. Cuando se utilicen unidades de medida, se utilizarán, preferentemente las abreviaturas correspondientes a las Unidades del Sistema Internacional. Siempre que sea posible, se incluirá como anexo, un listado de abreviaturas presentes en el cuerpo del trabajo.

2.3.7.- Anexos

Se corresponderá con todo aquel material suplementario que se considere necesario adjuntar para mejorar la comprensión del trabajo (encuestas, resultados analíticos, tablas de valores, etc.).

2.3.8.- Agradecimientos, colaboraciones y menciones especiales

En esta sección se hará mención a todos los colaboradores que no cumplen los criterios de autoría (personas, organismos, instituciones o empresas que hayan contribuido con su apoyo o ayuda, técnica, material o económica, de forma significativa en la realización del artículo).

2.3.9.- Referencias bibliográficas

Al final del artículo, deberá figurar la relación numerada de referencias bibliográficas siguiendo el mismo orden de aparición en el texto. (Número recomendado por artículo 40 referencias)

Deberán cumplir los Requisitos de Uniformidad del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas

y adaptarse al sistema de citación de la National Library of Medicine de EEUU para publicaciones médicas (*Citing Medicine: The NLM Style Guide for Authors, Editors and Publishers*), disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?call=bv.View..ShowTOC&rid=citmed.TOC&depth=2>.

En **ANEXO** se incluyen algunos ejemplos que pueden ayudar a redactar la bibliografía

3.- Tipos y extensión de manuscritos

3.1.- Artículos Originales

Se consideran artículos originales aquellos trabajos de investigación cuantitativa o cualitativa relacionados con cualquier aspecto del campo sanitario relacionado con las áreas de estudio de la revista. (Tamaño recomendado: 2.000 - 4.000 palabras)

3.2.- Revisiones

Trabajos de revisión de determinados temas que se consideren de relevancia en la práctica médica, preferentemente con carácter de revisiones bibliográficas o sistemáticas. (Tamaño recomendado 3.000 – 5.000 palabras)

3.3.- Casos clínicos

Descripción de uno o más casos por su especial interés, aportación al conocimiento científico o extrañeza, entre otros motivos. (Tamaño recomendado, menos de 1.500 palabras)

3.4.- Editoriales

Artículos escritos a solicitud del Comité Editorial sobre temas de interés o actualidad.

3.5.- Cartas al Director

Observaciones o comentarios científicos o de opinión sobre trabajos publicados en la revista recientemente o

que constituyan motivo de relevante actualidad. (tamaño recomendado: 200 – 500 palabras).

3.6.- Artículos especiales

El Comité Editorial podrá encargar o aceptar para esta sección, trabajos de investigación o actualizaciones que considere de especial relevancia. Aquellos autores que deseen colaborar en esta sección deberán solicitarlo previamente al Comité Editorial, enviando un breve resumen y consideraciones personales sobre el contenido e importancia del tema.

3.7.- Aula Abierta

Artículos de carácter docente destinados a atender determinadas necesidades del programa de la especialidad de medicina del trabajo que se imparte en la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT-ISCIII).

4.- Proceso editorial

El Comité Editorial acusará recibo informando al autor principal de la recepción del manuscrito.

Los manuscritos recibidos se someterán a revisión por el Comité Editorial y serán sometidos a una evaluación por pares (*peer-review*) realizada por revisores expertos. El resultado de dicha evaluación se remitirá a los autores para que, cuando proceda, realicen las correcciones indicadas por los evaluadores dentro del plazo señalado.

Previamente a la publicación del artículo, se enviará una prueba a los autores para que la revisen detenidamente y señalen aquellas posibles erratas, debiendo devolverla corregida en un plazo no superior a 72 horas.

Todos los trabajos que no cumplan las Normas de Publicación de la revista podrán ser rechazados.

ANEXO:

Ejemplos de redacción de referencias bibliográficas más comunes

A) Artículo en revista médica:

Autor o autores (separados por comas). Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista año; volumen (número): página inicial-página final del artículo.

Ejemplo:

Álvarez-Gómez S, Carrión-Román G, Ramos-Martín A, Sardina M.ªV, García-González A. Actualización y criterios de valoración funcional en el transporte cardíaco. *Med Segur Trab* 2006; 52 (203): 15-25.

Cuando el número de autores sea superior a seis, se incluirán los seis primeros, añadiendo la partícula latina "et al".

B) Documento sin mencionar al autor:

Iniciativa sobre comunicaciones eruditas. Association of College and Research Libraries (ACRL). Disponible en:

<http://www.geotropico.org/ACRLI-2.pdf>

C) Libros y monografías:

Autor o autores (separados por comas). Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Ejemplo:

Gil-Lozaga P, Puyol R. Fisiología de la audición. 1ª Ed. Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill; 1996.

D) Capítulo de un libro

Autor o autores del Capítulo (separados por comas). Título del Capítulo. En: Autor o autores del libro (separados por comas). Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas.

Ejemplo:

Bonet ML. Aspectos éticos de la investigación en nutrigenómica y con biobancos. En: Alemany M, Bernabeu-Maestre J (editores). *Bioética y Nutrición*. 2010. Editorial AguaClara. Alicante: 247-264.

C) Material electrónico:

C-1) CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

C-2) Artículo en revista en Internet:

López-Villaescusa MT, Robuschi-Lestouquet F, Negrín-González J, Muñoz-González RC, Landa-García R, Conde-Salazar-Gómez L. Dermatitis actínica crónica en el mundo laboral. *Med. segur. trab.* [revista en la Internet]. 2012 Jun [consultado 5 de abril de 2013];58(227):128-135. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2012000200006&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2012000200006>

Editorial

José Manuel Vicente Pardo

Presidente del II Congreso de Médicos Inspectores de la Seguridad Social.

Agradecer al Instituto de Salud Carlos III, este número extraordinario de la revista, que permite difundir las ponencias, comunicaciones orales, propuestas y conclusiones del **II Congreso de Inspección Médica de la Seguridad Social** celebrado en Madrid en la Sede de la Cátedra Ateneísta Gregorio Marañón del Ateneo los días 7 y 8 de noviembre. Congreso que tenía como reto abordar la necesidad de establecer un punto de encuentro para la actualización de conocimientos, el análisis de situación de la Medicina Evaluadora de la Capacidad Laboral en nuestro Sistema de Seguridad Social y la elaboración de consensos y propuestas de mejora.

Este II Congreso agrupó a todos los profesionales de la Medicina Evaluadora e Inspectora, tanto del ámbito de la Inspección Médica de la Administración de la Seguridad Social y de Servicios Sanitarios de las Comunidades Autónomas como a médicos de Mutuas, a los profesionales de la Medicina del Trabajo, a médicos de los Servicios de Prevención, a médicos de Atención Primaria, médicos Especialistas y médicos en formación (MIR) con la finalidad de acercarnos a la situación real actual de la Incapacidad laboral, máxime cuando en estos momentos los cambios legislativos nos han puesto en el centro del debate, y demostrar desde la actividad científica el porqué de la relevancia de nuestra actividad diaria y de la elaboración de propuestas de futuro.

El momento convulso en que vivimos, los cambios normativos y las demandas de reforma del actual sistema para su sostenibilidad y mejora hacen preciso y enriquecedor este punto de encuentro de cuantos tienen como responsabilidad la valoración médica de las situaciones de Capacidad e Incapacidad Laboral.

El contenido básico por tanto era el tratamiento de la **Valoración Médica de la Capacidad e Incapacidad Laboral en el ámbito de la Seguridad Social**, teniendo como el lema del Congreso la **Valoración Médica de la Capacidad e Incapacidad Laboral en un Escenario de Cambios**.

Los objetivos prioritarios del Congreso fueron **conocer a través de los diversos profesionales implicados la realidad actual en la Valoración Médica de la Incapacidad Laboral, tanto Temporal como Permanente, así como la Valoración de la Capacidad del Trabajador y de las capacidades requeridas por el puesto de trabajo, junto a la valoración de la Contingencia Laboral y sus consideraciones preventivas añadidas**.

El actual modelo de valoración de la incapacidad laboral así como la legislación existente al respecto precisan una transformación para adaptarse a la realidad laboral y social, debido fundamentalmente a los numerosos cambios que se han ido produciendo en los últimos años con variaciones sucesivas que han elevado la complejidad normativa y la dificultad en la coordinación entre instituciones responsables, dificultando la comunicación entre ellas y afectando a la efectividad del propio sistema en cuanto a la gestión de las Prestaciones de Incapacidad Laboral de la Seguridad Social ligadas a Valoración Médica.

El congreso ha sido un escenario que facilite el desarrollo de un foro de intercambio de conocimientos y experiencias por parte de cuantos en su trabajo deben desempeñar la responsabilidad en el cometido evaluador que estas prestaciones de la Seguridad Social exigen, para abordar temas que nos son comunes con carácter integral, integrado y multidisciplinar.

ÁREAS TEMÁTICAS

1. INSTRUMENTOS DE GESTIÓN Y CONTROL DE LA I. TEMPORAL: Consolidación y nuevas propuestas de instrumentos de gestión y de control médico eficaces en la Incapacidad Temporal.

2. MÉTODOS DE VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL: Elaboración y utilización común de mecanismos o metodologías de Valoración de las Capacidades del Trabajador y de las Capacidades Requeridas por su Trabajo.

3. COMUNICACIÓN ENTRE LA MEDICINA EVALUADORA Y LA LABORAL: Apertura de espacios de conexión y de comunicación entre los profesionales de los diversos estamentos implicados en ello, manteniendo el criterio de justicia en la valoración de prestaciones, sin merma en el carácter preventivo y de cuidado de la salud de los trabajadores en estas circunstancias.

4. LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN MEDICINA DE EVALUACIÓN: Aplicación de nuevas tecnologías para acceder a la información médica; conocimiento del impacto de estas prestaciones desde los diferentes campos de afectación, con rigor epidemiológico y analizando causas.

5. GUÍAS DE VALORACIÓN: Establecimiento y difusión de Guías o Protocolos de Actuación Médica en la Valoración de la Incapacidad Laboral.

6. CONTROVERSIAS EN LA EVALUACIÓN DE LA INCAPACIDAD: Abordaje de controversias surgidas tanto entre el No Apto *vs.* No Incapacidad, Incapacidad *vs.* Apto y entre la Discapacidad *vs.* Capacidad Laboral.

7. ENFERMEDAD PROFESIONAL (Contingencia, Sospecha y Diagnóstico): Determinación del origen de la contingencia de los procesos de Incapacidad Permanente y Temporal, la Valoración de la Sospecha de EP, Enfermedad Profesional y Sistemas de Vigilancia Epidemiológica.

=====

II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social

Madrid, 7 y 8 de noviembre de 2013

Ponencias

Mesa 1

VALORACIÓN MÉDICA DE LA CAPACIDAD LABORAL: MARCO LEGISLATIVO. MARCO COMPETENCIAL. MARCO CONCEPTUAL. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN. PROBLEMÁTICA DIARIA

MODERA:

Javier Sainz González

Médico Inspector Jefe Adjunto. INSS. Dirección Provincial de Madrid.

PONENTES:

Luis Sánchez Galán

Subdirector General de Coordinación de Unidades Médicas. Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Madrid.

César Borobia Fernández

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

Raúl Regal Ramos

Médico Inspector INSS. Dirección Provincial de Madrid.

Ana Navarro Peñalver

Directora de los Servicios Médicos de Contingencias Comunes de la Mutua MAZ. Zaragoza.

Valoración médica de la incapacidad laboral y protocolos de actuación

Luis Sánchez Galán

Subdirector General de Coordinación de Unidades Médicas. Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Madrid.

Correspondencia

luis.sanchez@seg-social.es

La medicina evaluadora se ha definido como aquella actividad médica específica que estudia las diferentes enfermedades o trastornos que padece una persona, a efectos de determinar su magnitud y su repercusión, sobre diferentes aspectos de la vida de esa persona o de la relación de ésta con el entorno social.

La medicina evaluadora es pues una medicina aplicada, orientada fundamentalmente a resolver problemas prácticos, fuera del marco de la medicina asistencial.

La medicina evaluadora de incapacidades laborales es aquella rama u orientación de la medicina evaluadora que tiene por objetivo apreciar la repercusión del cuadro clínico de un trabajador en su capacidad funcional determinando las limitaciones funcionales que se deriven de la enfermedad y sus secuelas, a efectos de que se pueda concluir por el profesional, u órgano que corresponda, la existencia o no de algún tipo y grado de incapacidad laboral.

Es por ello que en torno al II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social, se agrupan fundamentalmente los profesionales que están implicados en la medicina evaluadora de incapacidades laborales.

En el ámbito de la seguridad social española se establece un ámbito de actuación para estos profesionales, enmarcado en las competencias dadas por la norma y los reglamentos.

De este marco se destacan los siguientes aspectos, que afectan directamente a los médicos inspectores de la administración nacional de la seguridad social:

1. En los procesos de incapacidad temporal de duración inferior a 365 días sigue vigente el RD 575/1994 que esencialmente recoge en su artículo 6 que las Entidades Gestoras de la Seguridad Social podrán disponer que los trabajadores que se encuentren en situación de incapacidad temporal sean reconocidos por los médicos adscritos a las mismas.

Desde noviembre de 2010, en dichos procesos de incapacidad temporal del Sistema de Seguridad Social de duración inferior a 365 días, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, y, en su caso el Instituto Social de la Marina, a través de los Inspectores Médicos adscritos a dichas entidades, ejercerán las mismas competencias que la inspección de servicios sanitarios de la Seguridad Social y órgano equivalente del respectivo servicio público de salud, para emitir un alta médica a todos los efectos. Cuando el alta haya sido expedida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, o el Instituto Social de la Marina, éstos serán los únicos competentes, a través de sus propios médicos, para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal si aquella se produce en un plazo de 180 días siguientes a la citada alta médica por la misma o similar patología. (D.A. 52 de la LGSS, introducida por Ley 35/2010).

2. Por Resolución de 14 de enero de 2008 se completa la asunción de competencias por el INSS, en los procesos de incapacidad temporal que alcanzan los 365 días de duración, para que el INSS ejerza las competencias reguladas en el artículo 128 de la LGSS de forma que, a través de los órganos competentes, se dicte prórroga de incapacidad temporal, inicio de expediente de incapacidad o bien se emita el alta médica.
3. El Real Decreto 1430/2009 da competencia al INSS para un procedimiento administrativo de revisión de las altas médicas expedidas en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales por los facultativos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
4. En materia de incapacidad permanente el facultativo del equipo de valoración de incapacidades que haya de actuar como ponente del dictamen-propuesta, de conformidad con lo previsto en la normativa, aportará el informe médico consolidado en forma de síntesis, en el que quedarán recogidos el historial médico del Servicio Público de Salud, los informes de otros facultativos que haya aportado el interesado y, en su caso, el resultado de las pruebas complementarias. (Orden de 18 de enero de 1996 para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del Sistema de la Seguridad Social). (Quedan aquí incluidas las actuaciones referidas en relación con los todos procedimientos de incapacidad laboral permanente y determinación de contingencia en los que interviene el EVI,).
5. En los procesos de incapacidad temporal, desde el año 2010, MUFACE podrá requerir a las Unidades Médicas de Seguimiento (son las Unidades Médicas del Instituto Nacional de la Seguridad Social, en las que trabajan los 600 médicos inspectores de la administración de la seguridad social) el reconocimiento del mutualista en los casos siguientes:
 - a) Situaciones en las que el órgano de personal solicite a MUFACE el control de una situación de IT determinada.
 - b) Procesos cuya duración supere los tiempos estándar especificados para cada patología en los protocolos técnicos utilizados por estas Unidades o elaborados expresamente por MUFACE, siempre y cuando resulte conveniente, a juicio de MUFACE, para el correcto seguimiento de la situación.
 - c) A solicitud del mutualista. El mutualista tendrá derecho a aportar cuanta documentación médica considere oportuna en todos los procesos de reconocimiento que realicen las Unidades Médicas de Seguimiento. MUFACE trasladará al órgano de personal y al mutualista el resultado del mismo, que tendrá carácter vinculante (alta, prórroga, propuesta de incapacidad permanente).

(Orden PRE/1744/2010 de 30 de junio y encomiendas de gestión anuales).
6. Riesgo durante el embarazo y Riesgo durante la lactancia: En la actualidad estas prestaciones mayoritariamente son abordadas desde las Mutuas de Accidente de Trabajo en Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

El médico inspector realizará la emisión, cuando así proceda, de la certificación médica sobre la existencia de riesgo durante el embarazo, así como riesgo durante la lactancia natural, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre (Real Decreto 295/2009 de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural).
7. Asesoría médica del seguro escolar, en aquellas comunidades donde el seguro escolar no está transferido.

El médico inspector del INSS realiza las tareas propias del asesor médico en consonancia con la Circular del INSS número 5/2000, de 27 de abril.

Convenios de colaboración del Ministerio de Empleo y Seguridad Social con las Consejerías de Salud de las CCAA, e INGESA (excepto País Vasco y Navarra) para el control de la incapacidad temporal en el periodo 2013-2016.

Gracias a estos convenios se accede vía electrónica por parte de los médicos inspectores, desde su puesto de trabajo, a los historiales médicos de los Servicios Autonómicos de Salud.

Así mismo se promueven actividades a realizar por los Servicios Autonómicos de Salud directamente relacionadas con la racionalización de las prestaciones económicas de seguridad social referentes a la incapacidad laboral, y se mide la evolución de los parámetros objetivos de control de la prestación (incidencia, prevalencia, días de IT por afiliado y coste por afiliado).

Como aspectos estructurales cabe mencionar que por RD 666/2007 se modificó el Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, de estructura orgánica y funciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social con la creación de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas.

Previamente, en el año 2004 se había modificado el Real Decreto 2583/1996 para la creación de la Subdirección General de Incapacidad Temporal.

En 48 Direcciones Provinciales existen Unidades Médicas con un total de 600 médicos inspectores. (En las 4 provincias catalanas las actividades de control médico las realiza el ICAMS —Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas—).

En 2006 se desarrolla como herramienta informática el aplicativo de trabajo informático para las Unidades Médicas (ATRIUM), ya en el entorno PROS@ desde el año 2013, donde esencialmente se recogen los informes médicos de valoración de incapacidad laboral para determinados procedimientos.

El médico inspector utiliza algunas de las herramientas que directamente se mencionan a continuación, o bien a partir de Convenios y colaboraciones entre instituciones:

Edición en diciembre de 2012 de una Guía de Valoración Profesional como referencia y orientación sobre los requerimientos laborales de las diferentes ocupaciones laborales.

Edición en septiembre de 2013 de un Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal del INSS que por primera vez personaliza a cada trabajador la estimación de la duración de los procesos de incapacidad temporal derivados de un diagnóstico concreto, al incorporar la variable ocupación laboral (siguiendo la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011) y la variable edad, junto a los códigos diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9, 8ª edición). Se considera una manual orientativo para el médico de familia y para el médico inspector que controla la IT.

Se ha dado un notable impulso en los últimos dos a la colaboración interinstitucional. En el año 2013 se han firmado ya los siguientes Convenios de Colaboración sin coste económico para el INSS:

Convenio Marco de Colaboración con el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

Se han firmado en el año 2013 diez convenios de colaboración con 10 Sociedades Científicas Nacionales de 10 especialidades médicas, abordándose con ellas el desarrollo y aval de temas relacionados con la valoración de incapacidad permanente de interés para cada Sociedad Científica y el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Se detallan a continuación estos convenios:

Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria

Convenio firmado el 24 de abril de 2013. Vigencia hasta 24 de abril de 2015.

Sociedad Española de Cardiología

Convenio firmado el 10 de abril de 2013. Vigencia hasta 10 de abril de 2015.

Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)

Convenio firmado el 19 de abril de 2013. Vigencia hasta 19 de abril de 2015.

Asociación Española de Gastroenterología (AEG)

Convenio firmado el 10 de abril de 2013. Vigencia hasta 10 de abril de 2015.

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

Convenio firmado el 10 de abril de 2013. Vigencia hasta 10 de abril de 2015.

Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)

Convenio firmado el 10 de abril de 2013. Vigencia hasta 10 de abril de 2015.

Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica

Convenio firmado el 10 de mayo de 2013. Vigencia hasta 10 de mayo de 2015.

Sociedad Española de Reumatología

Convenio firmado el 8 de mayo de 2013. Vigencia hasta 8 de mayo de 2015.

Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia

Convenio firmado el 24 de abril de 2013. Vigencia hasta 24 de abril de 2015.

Sociedad Española de Oftalmología

Convenio firmado el 5 de junio de 2013. Vigencia hasta 5 de junio de 2015.

Se ha firmado un Convenio de Colaboración con el Instituto de Biomecánica de Valencia.

Se ha firmado el Convenio para la valoración de trabajadores expuestos al amianto con la Comunidad del País Vasco en 2012 (firmada ya la prórroga para 2013) y con la Comunidad de Madrid en 2013. Están en trámite avanzado (con firma prevista en 2013) los Convenios sobre Amianto con 3 más: la Comunidad Autónoma de Navarra, de Valencia y de Castilla León.

También se encuentra ya en trámite de firma el Convenio con el Instituto Nacional de Silicosis, ubicado en Asturias.

Está en trámite avanzado un convenio específico con las CCAA y el ISCIII para formar a los médicos de atención primaria sobre enfermedades profesionales previsto para el periodo 2013-2016.

Hay que significar que la Dirección General del INSS solicitó y obtuvo en 2012 la Acreditación para sus 48 Unidades Médicas como referencia nacional para la formación en incapacidad laboral para la especialidad de medicina familiar y comunitaria.

De esta forma en el año 2012 han pasado el 75% de los médicos internos residentes (MIR) de cuarto año de esta especialidad en estancias de una semana de duración en las Unidades Médicas de las Direcciones Provinciales del INSS.

Esta formación práctica reglada a los MIR de familia, que son los médicos que inician las bajas médicas, ha sido considerada objetivo estratégico del INSS.

Del total de 896 MIR que han rotado, se han recibido 490 encuestas de valoración de la rotación con las que el MIR de forma anónima ha valorado su rotación y ha evaluado también al médico inspector que actuó como tutor durante esa semana. (Anexo I contemplado en el "Programa de Formación para Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria").

Los resultados son altamente positivos y son los siguientes, teniendo en cuenta que cada ítem se puntúa de 1 a 7 (siendo 7 la más alta valoración y 1 la más baja): El grado de satisfacción global de la rotación alcanza el 92,87%.

El único valor que no está próximo al 90% es de duración de la rotación (66,33%), pues la mayoría de los residentes deseaban quedarse más tiempo de la semana que duraba la rotación, en la unidad médica del INSS.

Se describen los 7 ítems de los que consta la encuesta:

	Duración de la rotación	Contenidos	Conocimientos proporcionados	Utilidad en su actividad laboral	Nivel de los contenidos teórico prácticos	Grado de atención recibida por el tutor	Valoración global
Promedio Total	4,64	6,28	6,38	6,55	6,33	6,83	6,50
Grado de satisfacción	66,33%	89,68%	91,07%	93,60%	90,45%	97,58%	92,87%

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 creados 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 los 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”.

=====

El Médico Inspector de la Seguridad Social

Raúl Regal Ramos

Correspondencia

raul-jesus.regal@inss.seg-social.es

Medicina evaluadora

La medicina evaluadora puede definirse como aquella rama de la medicina que estudia las diferentes enfermedades o trastornos que padece una persona, a efectos de determinar su magnitud y su repercusión sobre diferentes aspectos de la vida de esa persona o de la relación de esta con el entorno social (Ángel Arancón Viguera).

Los conceptos de minusvalía, incapacidad y discapacidad forman parte de la terminología habitual de cualquier médico, aunque en ocasiones no se diferencian correctamente. Podemos simplificar su definición en:

- Deficiencia: Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- Discapacidad: Toda restricción consecuencia de una deficiencia.
- Incapacidad: Estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral.
- Minusvalía: Toda situación desventajosa para un individuo determinado, producto de una deficiencia o una discapacidad. La minusvalía representa la socialización de una deficiencia o discapacidad, reflejando las consecuencias que se derivan de las mismas.

La medicina evaluadora se realiza en distintos ámbitos Administración de justicia mediante los médicos forenses.

- Administración de servicios sociales mediante los médicos forenses.
- Administración de servicios sociales mediante Consejerías de Servicios Sociales de las comunidades autónomas encargadas de la calificación y declaración de las situaciones de minusvalía.
- Ámbito de la responsabilidad civil. En el ámbito de los seguros privados hay establecidas normas y baremos que ayudan a valorar la repercusión y consiguiente reparación económica de diferentes daños o lesiones corporales.
- Realización de certificados médicos.
- Valoración médica de la capacidad laboral:
 - Tribunales médicos de la Administración Militar.
 - Tribunales médicos de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.
 - Servicios de Prevención.
 - Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedad profesional de la Seguridad Social.
 - Administración de la Seguridad Social. A través de los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI).

Metodología de actuación en medicina evaluadora

De una forma didáctica, podemos clasificar los principales métodos de actuación en Medicina Evaluadora en dos grupos:

- Métodos negativos: La valoración se basa en una serie de listados que indican enfermedades y características de las mismas que impiden la realización de alguna profesión u oficio (requerimiento de permisos o licencias).
- Métodos positivos: La valoración consiste en medir la capacidad funcional de la persona. Básicamente se pueden resumir según tres metodologías de trabajo en:
 - Descriptivos: se basan en la descripción y valoración subjetiva del médico evaluador, sobre las lesiones presentes.
 - Baremos: identifican determinadas lesiones o enfermedades con una cantidad indemnizatoria o con puntuación (puntos o porcentaje).
 - Métodos: aplican una determinada sistemática de exploración y valoración de cada caso.

El médico inspector del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) ha de aplicar en su labor diaria todos estos métodos (requerimientos de permisos, aplicación de listados de Enfermedades Profesionales, aplicación de baremos, etc.), si bien el Método Empírico es el principalmente empleado en la calificación de la incapacidad laboral. El método Empírico está basado en la experiencia del evaluador (apoyado en una sistemática de trabajo y protocolos de actuación que garanticen la uniformidad de criterios), sin aplicación de unas reglas o criterios determinados.

Medicina evaluadora de incapacidades laborales

La Medicina Evaluadora de Incapacidades Laborales es “aquella rama u orientación de la medicina evaluadora que tiene por objeto apreciar la repercusión del cuadro clínico de un trabajador, a efectos de que se determine la existencia o no de algún tipo y grado de incapacidad laboral”.

Debemos recordar que el término “enfermedad” no va ligado al de “incapacidad laboral”. Para poder calificar a un paciente como “incapacitado laboralmente” no basta con que exista una lesión o una alteración de sus estructuras y/o funciones corporales (físicas o mentales), es decir, no basta con que exista una discapacidad, sino que debe darse ineludiblemente la condición de que dicha alteración impida el desarrollo de su puesto de trabajo, situación que puede ser transitoria (incapacidad temporal) o permanente (incapacidad permanente).

Para valorar la incapacidad laboral debida a las limitaciones producidas por una patología o por sus complicaciones se ha de partir de la base de que el organismo encargado de forma exclusiva de dicha valoración es el INSS a través de los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI).

Equipos de valoración de incapacidades

El Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, establece en su Artículo 2 la constitución y composición de los EVI:

- El presidente, que será el Subdirector Provincial de Invalidez del INSS o funcionario a quién designe el Director General del INSS.
- Cuatro vocales, nombrados por el Director General del INSS:
 - Un Médico Inspector propuesto por el Director Provincial del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma.
 - Un Facultativo Médico perteneciente al INSS.

- Un Inspector de Trabajo y SS propuesto por la Inspección de Trabajo y SS.
- Un funcionario titular de un puesto de trabajo de la unidad encargada del trámite de las prestaciones de invalidez de la correspondiente Dirección Provincial del INSS, quien ejercerá las funciones de secretario.

Corresponde a los EVI, examinar la situación de incapacidad de los trabajadores y formular al director provincial del INSS los dictámenes-propuesta en materia de anulación o disminución de la capacidad para el trabajo por existencia de situaciones de incapacidad permanente, calificar de estas situaciones en sus distintos grados, revisar las mismas por agravación, mejoría o error de diagnóstico, y establecer la contingencia determinante.

El dictamen de los EVIs se apoya en un informe médico realizado por el médico inspector del INSS, en los informes realizados por los médicos del Servicio Público de Salud, en los antecedentes profesionales y en los informes de cotización que condicionan el acceso al derecho.

Médico inspector del Instituto Nacional de la Seguridad Social

La valoración del menoscabo constituye una parcela enormemente sugestiva del que hacer médico, tanto por lo que refiere a la persona, como por la repercusión socio-económica que conlleva la invalidez. La función del Médico Evaluador será, conocido el diagnóstico y valoradas las consecuencias, determinar el estado de secuelas o residual y determinar las deficiencias y discapacidades que ellas provocan.

A) FORMACIÓN

Los médicos inspectores de la Seguridad Social tienen que estar formados en:

A1) Áreas científico-médicas:

Conocimientos médicos básicos.

Conocimientos amplios y actualizados sobre los cuadros de mayor trascendencia en el campo de las incapacidades laborales.

A2) Área normativa:

Conocimientos de normativa básica de Seguridad Social.

Conocimientos amplios de normativa específica sobre la incapacidad laboral.

El marco legislativo vigente que regula la situación de incapacidad laboral es el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de Junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Recogiendo en sus artículos 128 a 133 lo referente a Incapacidad Temporal y en los artículos 136 a 149 lo relativo a Incapacidad Permanente.

El artículo 128 del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social define la incapacidad temporal como la situación del trabajador que debido a enfermedad o accidente, se encuentra imposibilitado para el trabajo y recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social. El periodo máximo de duración de la incapacidad temporal será de 365 días prorrogables por otros 180 días cuando se presuma que durante ellos pueda el trabajador ser dado de alta por curación o mejoría.

La Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, modificó el artículo 128, otorgando únicamente al INSS la competencia para reconocer una vez transcurridos 365 días en IT la situación de prórroga de IT (con una duración máxima de 180 días), para determinar la iniciación de un expediente de IP o bien para emitir el Alta médica. De igual modo, el INSS será el único competente para emitir una nueva baja médica en un plazo de 180 días posteriores a la antes citada alta médica por la misma o similar patología.

El reconocimiento del derecho al subsidio y el pago del mismo corresponden al INSS o ISM como entidades gestoras de la Seguridad Social, o a las MATEPSS o a la propia empresa, según haya optado el empresario para la cobertura de esta prestación.

El artículo 136 del texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social define la Incapacidad permanente 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”.

El artículo 143 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social atribuye al INSS, en todas las fases del procedimiento, la competencia para declarar la situación de invalidez permanente, a los efectos de reconocimiento de las correspondientes prestaciones económicas.

A3) Área médico-laboral:

Conocimientos en prevención de riesgos laborales Conocimientos amplios en el accidente de trabajo y la enfermedad profesional.

B) FUNCIONES

Con la información obtenida del historial clínico, manifestaciones del interesado, exploración física y pruebas complementarias, el médico evaluador elabora el Informe Médico de Síntesis (IMS). Este IMS, consta de los siguientes apartados:

- Identificación del médico.
- Identificación de la persona a examinar.
- Datos del puesto de trabajo.
- Anamnesis y patologías alegadas por el trabajador.
- Comprobaciones del Médico Evaluador:
 - Exploraciones y Pruebas, descritas por aparatos.
 - Conclusiones.
 - Juicio Diagnóstico y Valoración.
 - Tratamientos recibidos.
 - Evolución y circunstancias sociolaborales.
 - Limitaciones orgánicas y funcionales.
 - Conclusión final.
- Determinación de la contingencia.
- Determinación del tiempo de revisión.
- Fecha y firma.

El médico evaluador debe utilizar en cada patología el método o escala que se considere más adecuado para graduar las deficiencias y en su redacción debe utilizarse un lenguaje lo suficientemente comprensible para el personal no médico.

Cuando las características clínicas del trabajador lo aconsejen, o resulte imposible la aportación de los documentos preceptivos (alta médica e historial clínico), el INSS podrá solicitar la emisión de otros informes y la práctica de pruebas y exploraciones complementarias, previo acuerdo con los centros e instituciones sanitarias de la Seguridad Social u otros centros sanitarios.

Pero además el médico evaluador del INSS debe realizar otras tareas:

- Realizar informes de reclamaciones administrativas en materia de invalidez permanente.
- Seguimiento de la incapacidad temporal: solicitud de pruebas, realizare propuestas de alta o de incapacidad y valorar las reclamaciones a las altas.
- Seguimiento de la incapacidad temporal y evaluación de la incapacidad laboral de los pacientes afiliados al régimen de MUFACE.

- Valorar las iniciativas de alta, las propuestas de incapacidad, así como las altas directas que realizan las MATEPSS.
- Realizar informes para establecer la contingencia, los riesgos durante el embarazo y lactancia, la pensión de orfandad, etc.
- Formación de residentes.
- Participación en grupos de trabajo, etc.

La medicina evaluadora debe adaptarse a las modificaciones diagnósticas, pronósticas y evolutivas de las enfermedades, siendo el pilar fundamental de esta adaptación la formación médica continuada.



Valoración médica de la incapacidad laboral por los facultativos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS)

Ana Navarro Peñalver

Directora de los Servicios Médicos de Contingencias Comunes de la Mutua MAZ. Zaragoza.

Correspondencia

anavarro@maz.es

Resumen

La valoración médica de la capacidad laboral en materia de Seguridad Social tiene unos aspectos particulares que la diferencian de la valoración médica que se realiza en otros ámbitos y con otros fines. Se trata de hacer un breve repaso del **desarrollo práctico de la labor cotidiana de los facultativos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS)**, describiendo su entorno, el marco conceptual y competencial en el que se encuentran, el rumbo que han ido marcando los cambios legislativos en estos últimos años y las dificultades a las que se enfrentan en el día a día.

Palabras clave: *Incapacidad temporal. Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Valoración capacidad laboral.*

Abstract

Medical assessment of working capacity on Social Security has some particular aspects that differentiate it from the medical assessment carried out in other areas and for other purposes. This is a brief review of the practical development of the daily work of practitioners of the Mutual Accident and Occupational Diseases of the Social Security (MATEPSS), describing its environment, the conceptual framework and powers that are, course that have marked the legislative changes in recent years and the challenges they face on a day to day.

Key words: *Temporary disability. Mutual of accidents at work and occupational diseases Social Security. Work capacity rating.*

1. INTRODUCCIÓN

La práctica diaria de los diversos facultativos que intervienen en la **valoración de la capacidad laboral** está inmersa en continuos cambios de competencias desde hace ya casi dos décadas. En concreto vamos a tratar de analizar la gestión y el control de la llamada incapacidad temporal (IT), situación en la que un trabajador está impedido para realizar su trabajo de forma temporal por padecer una enfermedad o un accidente sea o no laboral, desde el punto de vista de los facultativos adscritos a los servicios médicos de una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

La legislación ha ido modificando el modelo de gestión del control de la incapacidad temporal por contingencia común y se han ido añadiendo agentes que intervienen en esta valoración para mejorar su control. Como consecuencia han ido apareciendo determinadas circunstancias que han aumentado su complejidad. Algunos de los factores que pueden influir en estas dificultades son:

1. La falta de medios en el Sistema Público de Salud (SPS):
 - a) Listas de espera para consultas de especialistas, realización de pruebas diagnósticas o tratamientos.
 - b) Ausencia comunicación con Atención especializada.
 - c) Falta de información de procesos anteriores, de otras contingencias o de resoluciones y sentencias previas.
2. La enorme dispersión normativa:
 - a) Numerosas lagunas sin regulación.
 - b) Problemas de interpretación.
3. La actitud del trabajador:
 - a) Factores psicológicos y personales.
 - b) Sexo, edad.
 - c) Motivación, cualificación, etc.
4. Derivados del alta en la actividad laboral de los autónomos o en la contratación por la empresa.
5. Cumplimentación insuficiente de los informes médicos de control de los procesos en baja.
6. Errores en la remisión de los partes de baja, alta y confirmación.

El correcto funcionamiento de la medicina evaluadora debe ser garantía de los derechos de los ciudadanos y de la sostenibilidad del sistema, por ello los facultativos que realizan estas funciones deben tener formación, independencia y autoridad suficiente para llevar a cabo su misión. La acción de evaluar la capacidad laboral en medicina es tan digna como la acción de curar y se debe realizar con objetividad, imparcialidad, responsabilidad, veracidad y sobre todo justicia.

2. DEFINICIÓN DE MUTUA DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Se mantiene la definición de las mutuas como **asociaciones de empresarios de carácter voluntario**, aunque en la actualidad se hallan incluidos también los trabajadores por cuenta propia o autónomos. Su carácter voluntario hace referencia a que el empresario puede optar entre formalizar la cobertura con las Entidades Gestoras o con una Mutua de Accidentes de Trabajo, y además puede elegir con cual.

El objetivo principal es el de **colaborar en la gestión de la Seguridad Social**: en la gestión integral de las contingencias profesionales (CP), en la gestión de la prestación

económica de las contingencias comunes (CC) y en la gestión de otras prestaciones, servicios y actividades que le han sido legalmente encomendadas.

Están **autorizadas** por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, sometidas a su vigilancia y tutela a través de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social. La contabilidad se rige por el Plan General de Contabilidad de la S.S. y se tiene que rendir las cuentas de su gestión ante el Tribunal de Cuentas. Los presupuestos anuales se integran en el Presupuesto de la Seguridad Social. El control financiero se realiza a través de la Intervención General de la Seguridad Social, el control del cumplimiento de la normativa de SS a través de la Inspección de Trabajo y el cumplimiento de la normativa en materia de Sanidad, a través de la Inspección de Servicios Sanitarios.

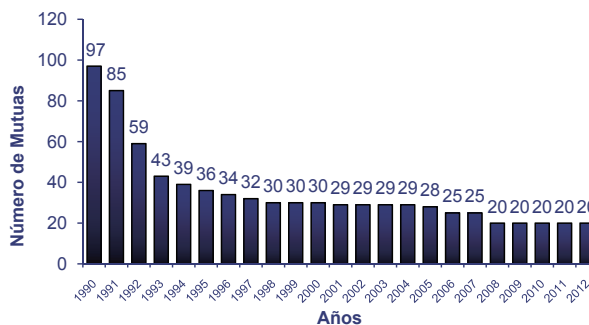
Por último, **carecen de ánimo de lucro**, su actividad no puede suponer beneficios económicos para los asociados, quienes además tienen responsabilidad mancomunada. Si de su gestión el resultado fuera positivo, este se denomina excedente y pasa a formar parte del Sistema de la Seguridad Social a través del Fondo de Prevención y Rehabilitación y del Fondo de Reserva de Pensiones.

3. MARCO CONCEPTUAL

Las primeras mutuas se constituyeron a principio del siglo pasado coincidiendo con la publicación de la Ley de Accidentes de Trabajo en el año 1.900, que instaura por primera vez la responsabilidad objetiva del empresario, obligando al patrono a indemnizar al trabajador accidentado. En marzo de ese mismo año aparece la primera mutua en Vitoria y en 1921 se habían creado ya 18 mutuas.

Han llegado a existir más de 200 mutuas con implantación muy irregular a lo largo del territorio Español, aunque en las últimas décadas se tiende a un proceso de concentración, quedando en este momento 20 mutuas.

Gráfico 1



En 1933 se publica el Reglamento de Accidentes de Trabajo obligando por Ley a que *hubiera un Seguro de Accidentes*. En 1961 se incorpora la *Enfermedad Profesional* dentro del Seguro. En 1963 la Ley de Bases de la Seguridad Social incorpora el Seguro de Accidentes en el Régimen Público de la Seguridad Social y en 1966 se configuran las mutuas como Entidades Colaboradoras del Sistema de la Seguridad Social.

Prácticamente durante todo el siglo XX las mutuas han tenido encomendada **la gestión integral de las CP**, accidente de trabajo o enfermedad profesional, siendo responsables de la asistencia sanitaria y recuperación profesional, de la prestación económica durante la incapacidad temporal y si la hubiera de la incapacidad permanente, muerte y supervivencia.

Hasta el año 94 la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes era competencia exclusiva del INSS en lo que respecta a la prestación económica, y del Sistema Público de Salud en cuanto a la competencia sanitaria, incluyendo la emisión de la baja y el alta laboral. A partir de la Ley 42/1994, se permite que las **Mutuas puedan**

gestionar también esta prestación económica, manteniéndose la competencia de los médicos del SPS.

Posteriormente, en estos últimos años, se ha añadido la **colaboración en la gestión de otras prestaciones**, como la prestación económica por riesgo durante el embarazo y la lactancia natural, la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave y otras que ni tan siquiera tienen nada que ver con la salud o la enfermedad, como la prestación por cese de la actividad de los trabajadores por cuenta propia o autónomos.

4. MARCO COMPETENCIAL: CAMBIOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

La prestación de la asistencia sanitaria al trabajador que tiene una enfermedad originada por realizar su trabajo o sufre un accidente en el desempeño de este, se realiza por parte de los facultativos adscritos a los Servicios Médicos de las Mutuas desde hace más de cien años. Son profesionales muy preparados en el campo de los accidentes y enfermedades profesionales, con una capacidad profesional y deontológica equiparable a cualquier otro sector incluido el Sistema Público de Salud.

Sin embargo la gestión y el control de la incapacidad temporal por enfermedad común o accidente no laboral (CC) tiene un recorrido mucho más corto, ya que se realiza desde hace unos quince años.

Al comienzo de la década de los noventa, inmersos en una situación económica parecida a la actual donde la sostenibilidad del Sistema corría peligro, se apostó por realizar las reformas necesarias en cada momento para garantizarla. Se puso de manifiesto que la eficacia económica y la eficiencia social del Sistema de Seguridad Social han de ser necesariamente compatibles, y que un elemento central de esta compatibilidad está constituido por el acuerdo entre las fuerzas políticas y los interlocutores sociales.

La recomendación N.º 13 del Pacto firmado en Toledo por todos los representantes del arco parlamentario en abril de 1995, manifestaba “la necesidad de adoptar medidas destinadas a mejorar la gestión de las prestaciones por incapacidad temporal y por invalidez, al objeto de frenar las causas de fraude dentro del sistema público en el acceso y permanencia de las prestaciones”.

Cuando se decidió la participación de las Mutuas en el control y seguimiento de la prestación económica de la ITCC, ya se sabía que era la prestación más **compleja y conflictiva** de la Seguridad Social.

Es la única prestación en la que en su gestión intervienen **varios agentes**: por un lado la promueve y la mantiene el Servicio Público de Salud, dependiente del Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales y por otro lado, la paga la Entidad Gestora (INSS-ISM) o Colaboradora (Mutuas o empresas colaboradoras) con los presupuestos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Además, es una prestación **prácticamente inmediata**, automática en su reconocimiento y en su pago. Tiene un **doble componente**, el sanitario por la asistencia que requiere, y el económico por la prestación de un subsidio sustitutorio del salario que el trabajador percibía.

Por último, es la única prestación de la Seguridad Social que depende de un **diagnóstico médico no siempre conocido ni fácilmente objetivable**, pudiéndose aplicar el “principio de beneficencia” sobre el “de justicia” en relación con un puesto de trabajo que no puede desarrollar, pero que a veces resulta difícil conocer con exactitud.

Desde que se comprobó el aumento desmesurado del gasto de la prestación económica de la incapacidad temporal en CC, se han ido poniendo en marcha diversas estrategias para procurar que no se produzca un uso indebido de esta prestación. Se han realizado **continuas reformas legislativas** de la Ley General de la Seguridad Social,

como trasladar a la empresa el pago de la prestación del 4º al 15º día, la supresión de la incapacidad laboral transitoria y de la invalidez provisional que podía durar hasta seis años, la maternidad dejó de considerarse incapacidad temporal. Además, a partir de 1996 **se incorpora a las Mutuas de Accidentes de Trabajo** para colaborar en dicha gestión y en los últimos años se han **reforzado las competencias de los médicos inspectores del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)**.

Se ha realizado un enorme esfuerzo aumentando los recursos materiales y humanos en todas las Direcciones Provinciales del INSS, se ha creado una Subdirección General específica en la estructura del INSS para el seguimiento de la IT, se han establecido Convenios de Colaboración entre el INSS y las Comunidades Autónomas dotados de más de trescientos millones de euros destinados a optimizar, mejorar y racionalizar el gasto de la IT y se continua estableciendo planes de mejora y programas específicos.

Se puede decir que hasta ahora para conseguir mejorar el uso de esta prestación, no se ha modificado su cuantía ni su duración, tan solo **se ha cambiado su modelo de gestión pactado con todos los agentes sociales**, en el que se han incluido a diversos agentes que antes no participaban.

Según datos de AMAT (junio 2013) el número de empresas afiliadas por **contingencias profesionales** a las Mutuas es del 98,13%, mientras que los trabajadores protegidos por esta contingencia es del 95,32%. La afiliación por **contingencias comunes** de las empresas respecto al total del Sistema ha pasado a ser del 80,00% y el porcentaje medido por número de trabajadores es del 75,22%. Los trabajadores autónomos tienen una afiliación con las Mutuas del 88,26% en CP y del 79,19% en CC.

Tabla 1

	CONTINGENCIAS PROFESIONALES	CONTINGENCIAS COMUNES
RÉGIMEN GENERAL	95,32%	75,22%
AUTÓNOMOS	88,26%	79,19%

Fuente: datos AMAT junio 2013

En este momento, los cambios que pueda introducir la anunciada Ley de Mutuas indicará el camino a seguir en el futuro más inmediato.

5. COMPETENCIAS, DIFICULTADES Y PROPUESTAS DE MEJORA

En este escenario es donde los facultativos adscritos a los Servicios Médicos de las Mutuas colaboran en la gestión del control y seguimiento de los procesos de IT CC, realizando una función médica evaluadora para tratar de verificar, describir, y cuantificar los procesos patológicos para determinar su repercusión funcional, laboral, económica y legal, acción distinta de la que se realiza en la medicina preventiva o en la medicina asistencial.

Según datos proporcionados por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT), el total de las Mutuas cuenta con unos **4.500 facultativos en sus centros propios**, más de 7.000 profesionales sanitarios no médicos y unos 12.000 correspondientes a personal no sanitario.

Las competencias en el abono de la prestación económica de incapacidad temporal por contingencia común, se realiza con igual alcance que la Entidad Gestora, sin embargo las competencias en las actuaciones de control y seguimiento, no son las mismas.

Los médicos adscritos a los Servicios Médicos de las Mutuas pueden:

1. **Realizar el “seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de incapacidad temporal”**. Se atribuyen competencias genéricas

para poder realizar todas aquellas actividades encaminadas a comprobar el mantenimiento de los hechos y de la situación que originó el derecho al subsidio. Se permite acceder a los informes y diagnósticos relativos a la situación de incapacidad temporal.

En general no es una actividad asistencial, no acude el paciente a demandar asistencia. Se contacta con el paciente para comprobar los datos y se decide la citación a control médico según diagnósticos y tiempo transcurrido desde la fecha de la baja, ayudándose con las tablas de duraciones medias editadas por el INSS. Pueden utilizarse además otros criterios a tener en cuenta para esta citación.

Se trata de averiguar mediante la anamnesis dirigida, qué es lo que le impide al paciente poder trabajar. Mediante la exploración se determina de forma objetiva la capacidad funcional y se establecen unas conclusiones. No se está autorizado para iniciar ni mantener el proceso de baja laboral.

Los reconocimientos se realizan garantizándose la confidencialidad de la información del estado sanitario, como recoge la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y respetando el derecho a la intimidad y a la dignidad de los trabajadores.

La incomparecencia injustificada a estas citaciones puede dar lugar a la extinción de la prestación económica.

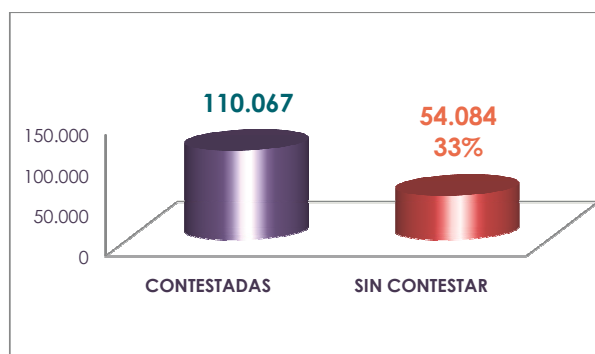
A pesar de la normativa vigente, en la práctica diaria existen cuestiones que dificultan la tarea encomendada, **teniendo que destinar gran cantidad de recursos humanos y materiales, por las deficiencias en la remisión y cumplimentación de los partes de baja y por la limitación de acceso a la documentación médica del SPS.**

2. **Solicitar actuaciones sanitarias** para realizar la valoración de la situación médica. Una vez comprobada la situación clínica de incapacidad del trabajador, se pueden solicitar pruebas diagnósticas objetivas basadas en los datos que fundamentan el parte de baja o los informes complementarios posteriores y se pueden adelantar aquellas pruebas o tratamientos prescritos en el SPS, si persiste demora para realizarse por las listas de espera, con el consentimiento del trabajador y la autorización de la inspección médica.

También en este caso existen deficiencias en la transmisión de información entre las distintas Entidades que hace que se produzca **duplicidad de pruebas y tratamientos que puede suponer el alargamiento de la situación de IT y un gasto innecesario.** Además, los informes médicos de los facultativos adscritos a las mutuas deberían tener presumiblemente el mismo valor, que los de los facultativos de los SPS.

3. **Enviar actuaciones ante las inspecciones del SPS y del INSS.** Cuando tras realizar los reconocimientos médicos se considera que el paciente no está impedido para realizar su trabajo habitual, se puede **enviar propuesta motivada de alta** dirigida al facultativo correspondiente, a través de la inspección médica del SPS, debiendo pronunciarse en el plazo de quince días.
4. Según datos de AMAT, en el año 2012 las Mutuas enviaron un total de 164.151 propuestas de alta a las inspecciones médicas de los SPS. El 67% fueron contestadas, quedando un 33% sin contestar. Además de las que se contestaron, un 20% se denegaron por considerar que debían continuar en situación de IT.

Gráfico 2



Cuando la propuesta motivada de alta no sea resuelta, la Mutua puede reiterarla o plantear la iniciativa de alta al INSS.

Por el contrario, si se comprueban secuelas objetivas, previsiblemente definitivas que impiden realizar la profesión habitual, se puede enviar propuestas de incapacidad permanente.

Son **varios los agentes que intervienen en el control y seguimiento** de las bajas laborales por contingencias comunes, a pesar de que cada uno participa con unas competencias muy diferentes, el interés debe ser el mismo: que el trabajador recupere lo antes posible su salud y se pueda reincorporar a su trabajo. Posiblemente el **nivel de fraude** que se presume, sea inferior al que realmente existe, pero entre todos se debe colaborar para evitar que se utilice esta prestación de forma indebida.

Aunque la situación actual ha mejorado, como hemos dicho siguen existiendo dificultades en su gestión. Son muchos los factores que pueden influir, a continuación se describen algunos de los tipos más significativos:

LABORAL: la dificultad para valorar el puesto de trabajo hace que a veces no se constate con rigor la repercusión de la enfermedad sobre su capacidad laboral. Algunas veces las condiciones del puesto de trabajo, su carga física o mental, la falta de motivación, la conflictividad laboral o las situaciones de paro o despidos, influyen en el proceso de IT.

PERSONALES Y SOCIO-FAMILIARES: la personalidad y características del trabajador hacen que la misma dolencia impida o no realizar un mismo trabajo. A veces la necesidad del cuidado de hijos o de familiares dependientes pueden alargar los procesos.

SANTARIOS: las lista de espera del SPS, la sobrecarga de los médicos de atención primaria, la ausencia de comunicación entre atención primaria y especializada, la insuficiente cumplimentación de los partes de baja, etc., etc., hace que a veces se alargue el proceso y no se disponga de toda la información médica necesaria para valorar bien la situación.

OTROS: dificultad para compartir la información de los procesos entre las tres Entidades. La falta de conexión informática que proporcione información útil, hace que no se compartan datos con el resto de los agentes implicados, lo que impide desarrollar eficazmente las funciones encomendadas. No hay información suficiente sobre procesos o decisiones anteriores del resto de las Entidades. Se adelantan pruebas o tratamientos que se repiten en el SPS duplicando el gasto de forma innecesaria y sobrecargando las listas de espera.

Falta de eficacia de las herramientas de control: existe un porcentaje excesivo de propuestas de alta que no se contestan y a veces las contestaciones no se hallan suficientemente motivadas desde el punto de vista médico.

La dispersión normativa da lugar a problemas interpretativos y lagunas de la legislación.

Algunas de estas cuestiones se podrán solucionar con el nuevo proyecto de RD por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración, del que en este momento conocemos su tercera versión, de 10 de octubre de 2013, a la espera del trámite de consulta e informes preceptivos para su aprobación.

El control y seguimiento de la IT es una tarea ardua, que exige un enorme compromiso con la sociedad. La inmensa mayoría de los pacientes atendidos en una Mutua, se quedan muy contentos con la atención recibida, como lo demuestra la siguiente tabla:

Tabla 2

QUEJAS Y RECLAMACIONES INTERPUESTAS CONTRA LAS MUTUAS EN RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL		
% Reclamaciones (2012)	Número	%
Trabajadores Asistidos	2.479.723	0,34%
Asistencias Sanitarias Realizadas	15.286.681	0,05%

Sin discutir el modelo de gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes existente, proponemos mejorar en algunos aspectos como:

1. Uso racional de la IT utilizando **criterios sanitarios**.
2. Colaboración entre todas las Entidades **fomentando el diálogo clínico** entre los profesionales y desarrollando estrategias de mejora.
3. Programas de **actuación específicos y conjuntos**.
4. Potenciar el **sistema telemático de comunicación** entre todos los agentes implicados que permita la transmisión ágil y precisa de datos e información.
5. Aumentar la **formación de todos** los participantes en la valoración médica.
6. Sensibilizar a la población general y **disminuir el nivel de tolerancia y permisividad frente** al abuso de la IT.

II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social

Madrid, 7 y 8 de noviembre de 2013

Ponencias

Mesa 2

EXPERIENCIAS EN GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL. NUEVAS MODALIDADES DE CONTROL Y GESTIÓN MÉDICA EFICAZ DE LA IT

MODERA:

M.ª Jesús Terradillos García

Médico Inspector Jefe. Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas. INSS. Madrid.

PONENTES:

Raquel Vázquez Mourelle

Subdirectora General de Inspección, Auditoría y Acreditación del Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Consellería de Sanidad. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela.

Juan Ángel Jover Jover

Servicio De Reumatología. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.

Iñaki Madariaga Zamalloa

Psiquiatra del Hospital Psiquiátrico Aita Menni. Arrasate-Mondragón. Gipuzkoa.

Isabel de Frutos Iglesias

Subdirectora General de Asistencia Sanitaria del Servicio Cántabro de Salud. Cantabria.

La gestión electrónica de los procesos de Incapacidad Temporal de corta duración por la inspección de servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Galicia

Raquel Vázquez Mourelle¹, Mercedes Piñeiro Abeledos²

1. Inspectora de Servicios Sanitarios. Subdirectora General de Inspección, Auditoría y Acreditación de Servicios Sanitarios. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

2. Subinspectora de Servicios Sanitarios. Equipo Central de la Subdirección General de Inspección, Auditoría y Acreditación de Servicios Sanitarios. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Resumen

La Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia ha puesto en marcha un programa electrónico específico para la gestión y el control de los procesos de incapacidad temporal de corta duración. Esta plataforma electrónica de trabajo no sólo consigue una interrelación inmediata entre el Médico de Atención Primaria con el Inspector de Servicios Sanitarios, sino que es una potente herramienta para ambos agentes en el control y gestión de estos procesos. Esta aplicación, llamada *Xesit*, consigue una gestión mucho más eficiente y efectiva de esta prestación.

Palabras Clave: *Incapacidad Temporal, Procesos de Corta duración, Inspección de Servicios Sanitarios, Xesit.*

Abstract

The “Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia” (Galician regional health department) has developed and implemented a specific computer program in order to manage and control short term incapacity certificates/benefits. This platform allows instant and direct interaction between GPs and “Inspección de Servicios Sanitarios” (Health Services Inspectorate), and it is an important tool to control and manage these processes. This software application, “*Xesit*”, offers a much more effective and efficient way to manage this service.

Key words: *Sickness absence certification, Short term sickness absence, Inspección de Servicios Sanitarios, Xesit.*

La prestación de Incapacidad Temporal (IT) protege a los trabajadores que en un momento dado se encuentran incapacitados para el trabajo. El gasto económico originado por la Incapacidad Temporal ha ido aumentando a lo largo de los últimos años. A este gasto en prestación económica hay que unir el coste debido a la pérdida de horas de trabajo y la consecuente reducción de la productividad.

La preocupación por el control de gasto en IT ha llevado a la Administración a tomar diversas iniciativas dentro del ámbito de las competencias de cada una. En ese sentido, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social ha firmado Convenios con las Comunidades Autónomas en virtud del cual se trasladan partidas presupuestarias finalistas para mejorar e implantar programas de prevención sanitaria y lucha contra el fraude en las situaciones de Incapacidad Temporal.

En este sentido queremos destacar las actuaciones de la Comunidad Autónoma de Galicia, que con el único objetivo de lograr una gestión lo más eficiente posible de los recursos disponibles del Sistema, así como en el control de esta prestación, se puso en marcha un Programa específico de control de los Procesos de Corta Duración en situación de Incapacidad Temporal. Es de suma importancia la incorporación de las nuevas tecnologías en las Administraciones Públicas, y no es menos importante su implantación efectiva como herramientas de gestión y control. En la Comunidad Autónoma de Galicia es ya una realidad, y desde marzo de 2013 la Inspección de Servicios Sanitarios dispone ya de una herramienta llamada “Xestión da Incapacidade Temporal” (XesIT), que se encarga de gestionar todas bajas de los asegurados con derecho a Incapacidad Temporal. Este sistema registra la información asociada en el proceso de Incapacidad Temporal de un determinado trabajador, se gestiona de forma electrónica, existe una comunicación electrónica entre los principales actores implicados (Médico de Atención Primaria e Inspección de Servicios Sanitarios). Además este sistema genera documentación firmada digitalmente e interoperable, consiguiendo una verdadera plataforma electrónica de comunicación on line.

En Xesit se registra, se gestiona, y se controlan todos los Procesos de Incapacidad Temporal que se dan en el colectivo de trabajadores de Galicia. Su acceso se hace a través del sistema de información de Historia Clínica Electrónica. Se alimenta como fuente de datos principal de la Base de Datos de Tarjeta Sanitaria, sistema que mantiene, entre otras informaciones, los datos de identificación de todas las personas que tuvieron algún contacto con el sistema sanitario público gallego. Hay que añadir que Xesit alberga la historia clínico laboral (HCL) de un afiliado, por lo tanto la información contenida en esta aplicación tiene carácter confidencial. La Historia Clínico Laboral de un afiliado está formada por el conjunto de todos procesos de incapacidad temporal que tiene el asegurado a lo largo de su vida.

XESIT – IANUS – COMUNICACIÓN ON-LINE

Arbol con la historia de los procesos de IT (con verde bases INSS)

Actualización datos de los procesos de IT (Incapacidad Temporal)

Acceso al Libro IT. Existen requerimientos/notificación de Inspección sin resolver.

Mecanizar Certificaciones Maternidad y Justificantes de Ausencia

Acceso rápido a mecanizar partes (baja/alta/confirm)

Partes sin Generar proceso: Pendientes consolidar, rechazados...Se verán las incidencias/motivo rechazo

En rojo procesos con requerimientos sin respuesta/notificaciones sin leer.

Avisos de interés para el facultativo.

Notificaciones libres enviadas desde inspección (rojo si está sin leer)

XUNTA DE GALICIA CONSELLERÍA DE SANIDADE

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

Cambios versión v01.15 XESIT | 3

Este árbol de procesos incluye los procesos del paciente de entidades externas, que se muestran en la pantalla por el Logo del organismo.

Incapacidad Temporal

DATOS DEL TRABAJADOR

Nº Afiliación: 00000000000000000000
 Apellidos: MUGER
 Nombre: MUGER
 Fecha nacimiento: 00/00/0000
 Sexo: F
 Dirección alternativa: MUGER, S.A.
 Teléfono: 0000000000

DATOS DEL PROCESO

Fecha inicio: 00/00/0000
 Fecha fin: 00/00/0000
 Descripción base: 00000000000000000000
 Descripción alter: 00000000000000000000
 Motivo: 00000000000000000000
 Área Inspección: 00000000000000000000
 Inspección: 00000000000000000000
 Notas: 00000000000000000000

Acciones: 00000000000000000000

02 proceso pendiente a inicio de 2012 (00000000000000000000)
 Nota: 00000000000000000000
 Acciones: 00000000000000000000

FECHAR ANULAR REINICIAR TAREFAS ACEPTAR

Incapacidad Temporal

DATOS DEL TRABAJADOR

Nº Afiliación: 00000000000000000000
 Apellidos: MUGER
 Nombre: MUGER
 Fecha nacimiento: 00/00/0000
 Sexo: F
 Dirección alternativa: MUGER, S.A.
 Teléfono: 0000000000

DATOS DEL PROCESO

Fecha inicio: 00/00/0000
 Fecha fin: 00/00/0000
 Descripción base: 00000000000000000000
 Descripción alter: 00000000000000000000
 Motivo: 00000000000000000000
 Área Inspección: 00000000000000000000
 Inspección: 00000000000000000000
 Notas: 00000000000000000000

Acciones: 00000000000000000000

02 proceso pendiente a inicio de 2012 (00000000000000000000)
 Nota: 00000000000000000000
 Acciones: 00000000000000000000

FECHAR ANULAR REINICIAR TAREFAS ACEPTAR

Como se mencionó anteriormente es estrategia de la Consellería de Sanidade implantar un sistema de comunicación on line desde Inspección de Servicios Sanitarios con el Médico de Atención Primaria. Esto es una realidad en la Comunidad Autónoma de Galicia, y permite no sólo una gestión más ágil del proceso de Incapacidad Temporal (hay comunicación instantánea, antes era a través de la vía ordinaria en papel), sino también, el control de la prestación por parte de la Inspección al tener la posibilidad de un seguimiento y control efectivo a través de una aplicación con herramientas para ello, y además facilita también dar respuesta a otros agentes implicados como a las Empresas, Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesional I (Propuestas de Alta de las Mutuas, solicitudes de revisión de Empresa...).

Con esta versión del aplicativo informático ya implanta, el Médico de Atención Primaria puede acceder al Libro IT desde la pantalla de datos de cualquier paciente, y ver todos los pacientes de su cupo en situación de Incapacidad Temporal.

Estas funcionalidades agilizan en gran medida su labor y por otra parte, disminuye la incidencia de procesos de IT abiertos debido a que el paciente deja de acudir a los partes de confirmación, por diversas causas, como el desconocimiento de que si finaliza el contrato laboral seguirá igual en situación de IT si su situación clínica lo requiere, o en los casos en que están en situación de IT y deben entregar los partes en el INEM (y sólo les requiere el parte de baja y alta)...

Por otra parte, con el fin de agregar toda la información de salud del trabajador como "Portal de Salud Laboral" en el árbol de procesos de Xesit para un asegurado concreto, se incluyen tanto los procesos INSS como procesos de Muface/Mugeju, así como, todos los justificantes de ausencia al trabajo emitidos y certificación de maternidad.

En el árbol, los procesos se diferencian por colores (Sergas color azul; INSS en color verde, por lo que el médico sabe que no necesita emitir partes de confirmación; Muface/Mugeju, color lila...).

En el lado derecho de la pantalla, se muestra un icono a fin de poder distinguir el origen del proceso:

Origen Servicio Galego de Saúde:



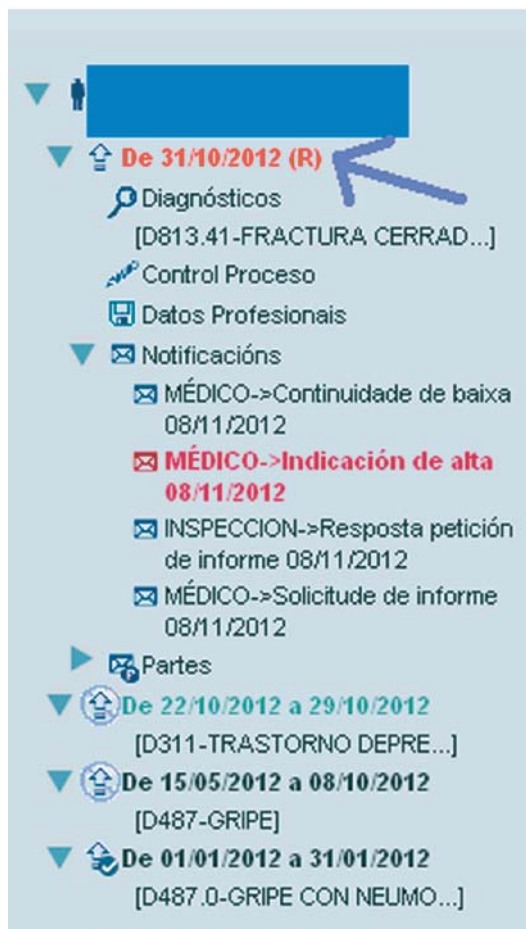
Origen Mutualidad.



Origen INSS.:



Es de destacar la funcionalidad de cómo se implantan los requerimientos de la Inspección de Servicios Sanitarios. Estos aparecerán en color rojo en el árbol, en tanto el médico no de respuesta a Inspección, y siempre tendrá parpadeando un aviso en la pantalla principal si tiene alguno sin contestar.



Para completar el árbol de procesos del asegurado, se añadió la posibilidad de que el médico de atención primaria pueda registrar los justificantes de ausencia al trabajo por un día, de forma que, tanto el propio médico como la Inspección, a través de la comunicación on line que permite la visualización del árbol de procesos, constaten si el paciente demanda con frecuencia justificantes de ausencia al trabajo, que de otra manera, pudieran ser emitidos en formato papel (tanto por el médico de cupo como por un sustituto) y no tener constancia de ello si no se dejase copia en la historia del paciente.



XUSTIFICANTE DE AUSENCIA AO TRABALLO

TRABALLADOR

ENDEREZO

Data da ausencia: 20/05/2013

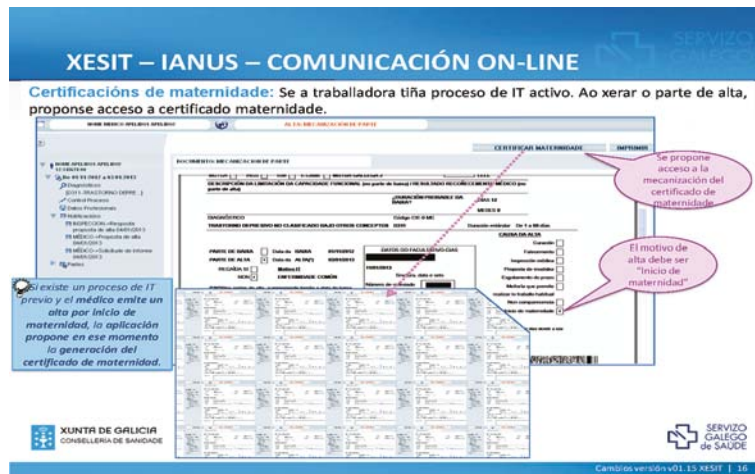
INFÓRMASE QUE TRAS A EXPLORACIÓN CLÍNICA REALIZADA, O ASEGURADO NON SE ATOPA EN CONDICIÓNS DE REALIZAR O SEU TRABALLO HABITUAL.

MÉDICO DR. D. Nº DE COLEXIADO: CNP:
 En PONTEDEUME a 20 de Xuño de 2013
 O/A FACULTATIVO/A
 Asinado

OBSERVACIÓNS

Exemplar para a empresa.

Como se comentó anteriormente, las certificaciones de maternidad forman parte también del árbol de procesos del paciente.



Se definieron avisos en el sistema que facilitan la tarea del médico de atención primaria (“trabajador beneficiario en tarjeta sanitaria”...).



Es fundamental el control de los procesos de Incapacidad Temporal desde su inicio, ya que un porcentaje muy elevado del total de las bajas corresponden a los procesos de corta duración. A fin de poner en marcha el Programa de actividades que desarrolla el Plan estratégico de procesos de corta duración, se habilitó un programa específico en XesIT de manera que el sistema genere peticiones de informe en automático (masivas) a los médicos de atención primaria en procesos de corta duración que superan la duración estándar.

Para ello, está implantado un procedimiento normalizado de generación de petición de informes, que se ejecutará por las noches, y que seleccionará aquellos procesos que en esa fecha cumplan los siguientes criterios: Procesos en IT, cuya mutua sea INSS, con duración máxima estándar del diagnóstico principal sea menor o igual a 30 días y procesos que tras 7 días de superar la duración estándar, siguen de baja.

Para los procesos que cumplan estas condiciones se deberá: generar automáticamente una nueva actuación dirigida al médico de atención primaria: <<Solicitud de informe de proceso que supera la duración estándar>>. generar notificación que quedará pendiente de firma por parte del personal inspector que corresponda por grupo de cupos. Si el inspector estuviese ausente, se encargará un compañero de revisar sus notificaciones pendientes de firma para firmar y por tanto enviar las peticiones al médico.

LISTAXE PROCESOS CURTA DURACIÓN

CRITERIOS

Procesos de baixa cunha duración que non supera os 38 días e cun determinado diagnóstico principal que supera en x días a duración estándar

Días supera duración estándar entre: e:

Metas: INSS

PROCESOS SELECCIONADOS

Nº filas seleccionadas:

ACTUALIZAR

PROCESOS

2 resultados atopados. Páxina 1 de 1

Nome	Nº Afiliación	Cupo	Data baixa	Diagnóstico	Petición
APELIDO1 APELIDO2, NOME	98/11111111/11	36363636	06/06/2013	D487.1 GRIPE CON OTRAS MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS	<input checked="" type="checkbox"/>
APELIDO1, NOME	36/66666666/66	36363636	06/06/2013	D487.1 GRIPE CON OTRAS MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS	<input type="checkbox"/>

2 resultados atopados. Páxina 1 de 1

XERAR

Criterios de búsqueda

Existen otras funcionalidades. Se podrá seleccionar el intervalo de días de superación de la duración estándar, teniendo en cuenta que nunca se mostrarán procesos de más de 38 días de duración total. El procedimiento estandarizado es seleccionar aquellos procesos que superaron en una semana la duración estándar, por eso por defecto se muestran los que superen entre 6 y 9 días este valor.

El campo “mutua” indica el tipo de mutua para la que se realizará la búsqueda, se puede seleccionar una de ellas o dejar el campo en blanco para que filtre por todas.

Como se ve en la imagen, también se muestra un indicador del número de procesos seleccionados para generar, de esta forma se puede conocer cuántos procesos están marcados en total.

XESIT – IANUS – PETICIÓN DE INFORME

• Nueva notificación para petición de informe debido a que el proceso, de corta duración, supera el número de días estándar para ese diagnóstico.

Desde inspección se controlarán los procesos de corta duración para que no excedan a duración estándar. En caso de no responder a esta comunicación, el inspector podrá impedir la emisión de partes de confirmación para el proceso.

Paciente localizado

Notificación de petición de informe

Notificación de respuesta

Se generará, como respuesta, un informe con los datos del proceso, cumplimentando la situación clínica actual y el tratamiento.

Cambios versión v01.16.0004 XESIT | 7

El médico de atención primaria deberá responder dichos requerimientos de la Inspección de Servicios Sanitarios emitir un informe en el cual se justifique desde el punto de vista clínico-laboral la permanencia en la situación de Incapacidad Temporal.

ASUNTO: INFORME DE PROCESO DE IT QUE

SUPERA DURACIÓN ESTÁNDAR

Ref: [REDACTED]

D/Dna.: [REDACTED]

NIF: [REDACTED]

Nº de afiliación: [REDACTED] CIP: [REDACTED]

Data da baixa: 06/06/2013

Diagnóstico: GRIPE CON OTRAS MANIFESTACIONES

Código CIE-9-MC: D487.1

RESPIRATORIAS

Posto de trabajo: PROBAS

Unha vez revisado o proceso de Incapacidade Temporal, e dado que supera a duración estándar establecida, solicitámoslle que, emita un informe que xustifique a permanencia na situación de IT desde o punto de vista clínico-laboral, ou ben, o correspondente parte de alta.

A CORUÑA, a 20 de Xuño de 2013

O/A inspector/a médico/a

O/A subinspector/a sanitario/a

[REDACTED]

En caso de que el médico no conteste, el inspector podrá impedir la emisión de partes de confirmación del proceso. Se generará un aviso de forma que el médico esté informado que para poder emitir el parte de confirmación, previamente deberá contestar al requerimiento.

The screenshot shows a sidebar on the left with a navigation menu containing items like 'Diagnósticos', 'Control Proceso', 'Datos Profesionais', and 'Notificacións'. The main content area is titled 'RESULTADO MECANIZACIÓN PARTE' and displays a red warning message: 'Antes de emitir os partes de confirmación, deberá contestar à solicitude de informe deste proceso que supera a duración estándar.' Below the message is a 'Continuar' button.

Si no estuviese justificada la continuidad de la baja, no será necesario que conteste el requerimiento de la Inspección de Servicios Sanitarios, sino que, procederá a emitir el parte de alta.

Campaña de Información

Como continuidad a la campaña de información al asegurado en la que se difundió en todos los Centros de Atención Primaria la Carta de derechos y Deberes del paciente en situación de IT, con el parte de alta por agotamiento de 365 días, tanto desde Inspección, si fuese el caso, como desde Atención Primaria, se facilita un díptico en el que se informa al paciente en qué situación queda tras la emisión del parte.

Deberes / Deberes

Dereitos / Derechos

- Derecho a que o médico de familia prescriba a baixa e a alta médica previo recoñecemento médico.
- Derecho a que el médico de familia prescriba la baixa y el alta médica previo reconocimiento médico.
- Derecho a presentar reclamación contra a alta médica ou contra a denegación tras solicitude dunha nova baixa médica.
- Derecho a presentar reclamación contra el alta médica o contra la denegación tras la solicitud de una nueva baja médica.
- Derecho a solicitar cambio de continxencia (común ou profesional), no seu proceso de baixa médica.
- Derecho a solicitar cambio de contingencia (común o profesional), en su proceso de baja médica.

- Deber de facilitar ao seu médico de familia todos aqueles datos necesarios para a cumplimentación dos partes médicos de baixa, confirmación e alta.
- Deber de facilitar a su médico de familia todos aquellos datos necesarios para la cumplimentación de los partes médicos de baja, confirmación y alta.
- Deber de personarse na consulta do médico de familia, salvo en caso de hospitalización ou indicación de reposo absoluto, para, previo precapitivo recoñecemento médico, valorar a necesidade da emisión dos correspondentes partes médicos de baixa, confirmación ou alta. A non comparecencia na consulta médica nos prazos establecidos, será motivo de alta laboral por incomparecencia.
- Deber de personarse en la consulta del médico de familia, salvo en caso de hospitalización o de indicación de reposo absoluto, para, previo reconocimiento médico, valorar la necesidad de la emisión de los correspondientes partes médicos de baja, confirmación o alta. La no comparecencia en la consulta médica en los plazos establecidos, será motivo de alta laboral por incomparecencia.
- Deber de cumprir co tratamento prescrito e de acudir ás consultas médicas programadas.
- Deber de cumplir con el tratamiento prescrito y de acudir a las consultas médicas programadas.

A baixa médica é incompatible con calquera actividade laboral.
La baja médica es incompatible con cualquier actividad laboral.

ALTA POR ESGOTAMIENTO

• Los partes de alta por agotamiento incluyen una nueva página en la que se informa al paciente de su situación:

Esta hoja se imprimirá como última página del parte de alta, detrás de los ejemplares correspondientes, y deberá entregarse al afiliado para que conozca la situación de su proceso de baja

Nota Informativa

- Ao agotar 365 días de Incapacidade Temporal o seu proceso de Atención Primaria emitirá o parte de Alta por Esgotamento.
- Cando visite pendente de valoración polo EVI, polo que, entanto, non poderá incorporarse ao seu traballo habitual.
- Non precisa partes de confirmación.
- Continuará permitindo a prestación económica.

Os baixos médicos son responsabilidade de todos

Nota Informativa

- Al agotar 365 días de Incapacidad Temporal, su Médico de Atención Primaria emitirá el parte de Alta por Agotamiento.
- Cuando visite pendiente de valoración por el EVI por lo que, entanto, no podrá incorporarse a su trabajo habitual.
- No precisa partes de confirmación.
- Continuará permitiendo la prestación económica.

Los bajos médicos son responsabilidad de todos

Se generará en gallego y castelano independentemente del idioma da aplicación

Cambios versión v01.16.0008 XESIT | 5

No sólo se informa al paciente, sino que desde Inspección, y dentro del Programa de control de la Prevalencia, una vez revisado el proceso, se informa al médico de atención primaria que el proceso alcanza los 365 y debe emitir el parte de alta por agotamiento.

NOTIFICACIÓN DE ESGOTAMIENTO

• Nueva notificación de inspección indicando que un proceso está a punto de llegar al alta por agotamiento:

Cuando un proceso llegue al parte 51 y este, por tanto al borde del agotamiento, desde inspección se podrá recibir una notificación informando del hecho de que el afiliado está a punta de recibir el alta por agotamiento.

Paciente localizado

Cambios versión v01.16.0008 XESIT | 6

Como línea estratégica en la lucha contra el fraude, se implantó un identificador único en los partes para control de las posibles falsificaciones.

PARTES

• Se modifican los partes añadiéndoles un identificador único para el control de las posibles falsificaciones.

El código aparecerá en todas las exemplares del parte

Todos los tipos de parte contendrán este código único: baja, confirmación y alta.

000001874-01

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SAÚDE

SERVIZO GALEGO de SAÚDE

Cambios versión v01.1.6.0008 XE SIT | 3

No olvidemos que: El Buen uso de las Bajas Médicas es una responsabilidad de TODOS.



Intervención inmediata. Análisis y resultados de los programas de intervención temprana en patología osteomioarticular implantados

Juan Ángel Jover Jover

Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario San Carlos.
Madrid.

Correspondencia

jjover.hcsc@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN

El Impacto de las enfermedades musculoesqueléticas

Las enfermedades musculoesqueléticas (EME), también denominadas enfermedades reumáticas o del aparato locomotor, presentan una alta incidencia y prevalencia en la población general, siendo una de las principales causas de consumo de recursos sanitarios y la mayor causa de discapacidad a cualquier edad. El impacto socioeconómico global de las EME es igual o superior al de las enfermedades cardiovasculares o el cáncer.

La discapacidad para el trabajo de origen musculoesquelético

Las enfermedades ME son la principal causa de discapacidad para el trabajo a corto y largo plazo, representando alrededor del 18% de los procesos y el 23% del total de los días de baja por enfermedad en España. Administrativamente, el INSS reconoce dos situaciones de discapacidad para el trabajo: la Incapacidad Temporal (IT) y la Invalidez Permanente (IP). Se estima que, sólo en pago de compensaciones por IT, el Estado aporta una cifra superior a 8.000 millones de euros anuales.

IT de origen musculoesquelético (IT-ME) en España (Datos 2007)

El número de procesos de IT-ME en España fue de alrededor de 390.000 al año, con una duración media de casi 40 días por proceso y un total de más de 15.000.000 de días de baja. Los costes de pago de compensaciones de dichas bajas suponen alrededor de casi 1.700.000.000 euros. Además, alrededor del 40 % de las IP que se conceden, son de origen ME.

La magnitud de estos datos muestra que la discapacidad para el trabajo de origen ME, que comprende el desarrollo de episodios de IT y su eventual evolución a IP, tiene un impacto social extremadamente alto, constituyendo un reto para la empleabilidad de los trabajadores, la competitividad de las empresas, la organización sanitaria, y para la viabilidad de los sistemas de seguridad social.

El Programa IT-ME

Habida cuenta del enorme impacto social de la discapacidad para el trabajo de origen ME, en 1998 se decidió poner en marcha un proyecto de Investigación en Servicios de Salud denominado Programa IT-ME.

Dicho Programa, diseñado y dirigido desde el Servicio de Reumatología del Hospital Clínico de Madrid y cofinanciado por el FIS y el INSALUD, planteaba analizar los costes y las consecuencias de una intervención asistencial de carácter específico y especializado a pacientes con IT-ME de reciente comienzo.

Los resultados, ampliamente difundidos a través de numerosas publicaciones científicas de gran impacto y en distintas tesis doctorales, podrían resumirse en que el Programa IT-ME logra:

- Una disminución del 40% de la duración de los episodios de IT-ME.
- Una disminución del 50% de las IP concedidas.
- Una disminución del 50% de los costes sanitarios.
- Una evaluación económica extraordinariamente positiva.
- Una elevada satisfacción de los pacientes con el programa asistencial.
- Una gran aceptación de Primaria con el Programa.
- Una experiencia en IT-ME de decenas de miles de casos tratados.

¿Por qué se han obtenido los resultados publicados? Porque la discapacidad para el trabajo es un problema de salud y calidad de vida muy complejo que requiere un enfoque que vaya más allá de las mejoras generales asistenciales y de control. El programa se dirige a integrar y rediseñar en un solo proceso múltiples funciones, mejorando la eficiencia del actual Sistema Asistencial.

¿Por qué sería deseable aplicar el Programa a toda la población? Porque es eficaz, eficiente y ha sido bien aceptado tanto por los trabajadores de baja laboral como por los médicos de Asistencia Primaria.

¿Qué nuevas oportunidades puede abrir?

El Programa IT refuerza el papel del SNS ante la Sociedad, y abre una vía de comunicación y colaboración entre el propio SNS, el INSS, los Sindicatos y las Organizaciones Empresariales.

Además, en un momento de intenso debate sobre la Investigación en España, demuestra que la aplicación del método científico a la solución de los problemas de la Sociedad es extremadamente eficiente incluso a corto plazo.

Esta doble validación debería ser aprovechada para la definición conjunta de objetivos entre el SNS y el resto de los actores sociales, y abriría una nueva vía de financiación y evaluación de resultados tanto a nivel asistencial como de investigación.

Implantación del programa IT-ME 2010 en distintas CC.AA.

La aplicación del programa a distintas áreas de diferentes CC.AA. supondría un beneficio socioeconómico casi inmediato. La implantación se podría llevar a cabo mediante el desarrollo de convenios específicos con el INSS, con una financiación específica en base a resultados, de una manera gradual y controlada. De esta manera la reproducibilidad y continuidad del programa estaría garantizada a muy largo plazo.

Habida cuenta de las circunstancias actuales, se ha llevado a cabo una financiación “puente” mediante la colaboración público-privada, dentro de la estrategia de la coalición “Fit for Work” europea. La citada coalición ha examinado el impacto de las enfermedades musculoesqueléticas en el ámbito laboral, así como la importancia de las intervenciones tempranas de retorno al trabajo tras un episodio de incapacidad laboral, entre las que se encuentra el Programa IT-ME. El desarrollo específico de Fit for Work en España ha incluido, a través de colaboraciones público-privadas con las CC.AA. desde el año 2012, la puesta en marcha del Programa IT-ME en distintos ámbitos autonómicos, en coordinación con la distintas Consejerías.

Aunque la situación del programa IT se halla en distintas situaciones de implantación y los resultados del mismo aún no pueden ser evaluados en su totalidad, los datos preliminares referentes a la IT-ME en las áreas implantadas reflejan una clara disminución de la duración de las bajas, en comparación con áreas de la misma CC.AA. donde el Programa no está en marcha. Como ejemplo, se citan los resultados ya evaluados del

Hospital La Fe de Valencia, con una reducción del 27% en el número de días de IT o los del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander, con una reducción del 32,7%.

El programa se encuentra también en marcha en: Hospital de Sierrallana de Cantabria, Hospital General de Valencia, Hospital Marina Baixa de Alicante, Hospital General de Alicante, Hospital General de Castellón, Hospital del Mar de Barcelona, Hospital de Bellvitge de Barcelona, Hospital de Figueras, Hospital Miguel Servet de Aragón y Hospital Virgen de La Arrixaca de Murcia.

Asimismo, se prevé su puesta en marcha en los próximos meses en otras comunidades autónomas como Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Baleares, País Vasco...

Perspectivas futuras

Es previsible que en los últimos años el Programa IT-ME se consolide definitivamente, ya que en la Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas recientemente publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, queda reflejada la conveniencia de las Intervenciones Tempranas en distintas situaciones, incluyendo las bajas laborales.

Lo ideal sería ofertar el programa a toda la población trabajadora, obviando el grupo control y monitorizando los resultados de manera externa. La forma idónea de hacerlo sería mediante la integración en la cartera asistencial de los distintos Servicios de Reumatología del Programa IT-ME.

Es imprescindible la participación activa de Asistencia Primaria en la implementación del programa IT-ME. De esta manera se abriría una nueva forma de colaboración entre Primaria y Especializada que podría ser extendida a otros procesos de salud y a otras posibles causas de discapacidad.

Es imprescindible también la participación activa de las Inspecciones del INSS y de los Sistemas de Salud Autonómicos, que tendrían que monitorizar y la implantación y los resultados del programa.

Esperamos que en el futuro, con la intensa colaboración de todas las partes, seamos capaces de disminuir el enorme impacto social que las bajas laborales tienen en España.

=====

Valoración funcional de la patología psiquiátrica menor. Guía de valoración de la Incapacidad Temporal (IT) de patología psiquiátrica

Iñaki Madariaga Zamalloa

Psiquiatra del Hospital Psiquiátrico Aita Menni. Arrasate-Mondragón. Gipuzkoa.

Correspondencia

imadariaga@aita-menni.org

La Sociedad Occidental va avanzando progresivamente y en este contexto, también se va judicializando progresivamente.

Esto es bueno siempre que se haga de forma armonizada, de forma progresiva y acorde con las necesidades reales de la ciudadanía.

Ahondando en esta misma línea de pensamiento, esto es bueno siempre que el proceso de judicialización (Civil, Penal, Administrativo-Laboral) al que hacemos referencia sea un medio, un instrumento para beneficio de la propia Sociedad y de los ciudadanos que la configuran y no un fin en sí mismo.

Sin embargo, tengo la impresión de que los profesionales de la Sanidad (incluidos los de la Salud Mental), hemos mirado este proceso de aproximación entre el mundo judicial y el mundo sanitario como una “invasión” a nuestro territorio profesional y a nuestra “particular relación” con los pacientes, preferentemente de carácter paternalista a lo largo de la historia.

En este marco, referir que posiblemente al ámbito de lo judicial lo hemos mirado desde el mundo sanitario con cierta “desconfianza y recelo” y posiblemente lo seguimos haciendo a fecha de hoy.

No obstante, la realidad es que los profesionales de la Sanidad y por supuesto también los de la Salud Mental, jugamos un importante papel en este contexto y por supuesto, tenemos una gran responsabilidad al respecto. Y esto lo tenemos que asumir como una realidad que se nos impone progresivamente en el marco de una sociedad cada vez más avanzada y desarrollada.

Y ya conectando con el Mundo Judicial en su conjunto, esto es aplicable tanto al ámbito de lo penal, de lo civil y también de lo administrativo-laboral.

Este último es el que justifica fundamentalmente esta exposición.

Focalizando nuestra atención en este último (el ámbito de lo administrativo-laboral) y siendo consciente que no es desde el marco de esta exposición el lugar idóneo para decir cual son las obligaciones profesionales de determinados compañeros médicos (médicos de cabecera, atención primaria, Mutuas, etc.), sin embargo se hace obvio señalar que hay aspectos administrativo-laborales tales como el de las bajas y altas laborales, procesos de incapacidad, etc. que parece que forman parte, entre otras, de las responsabilidades de dichos colectivos y que el abordaje de tales asuntos, se presta inevitablemente y en muchas ocasiones a situaciones de conflicto con el paciente, difíciles de abordar.

Y todo esto es perfectamente aplicable al campo de la Psiquiatría donde a medida que han ido transcurriendo los años, se ha ido acentuando cuantitativamente y de forma significativa —diría que casi de forma casi exponencial—, el número de procesos

administrativos-laborales vinculados a problemáticas “psiquiátricas” y que de una u otra forma, nos afectan y tenemos que abordar desde nuestro ámbito profesional.

LA PSIQUIATRÍA MENOR

Y es en este marco de aumento de casos psiquiátricos en el ámbito administrativo laboral, lo que cada vez denominamos con mayor asiduidad “La Psiquiatría Menor” la que ha tenido una mayor relevancia cuantitativa y cualitativa.

La Psiquiatría Menor es básicamente aquella en la que está fundamentalmente presente la sintomatología ansioso-depresiva, asociada a alteraciones habitualmente del apetito y regulación del ciclo vigilia-sueño básicamente, con intensidad no especialmente relevante y con repercusión funcional no significativa en quien la padece.

En este contexto, es importante señalar que somos totalmente conscientes de que hablar de “Psiquiatría Menor” es hacerlo de forma poco “ortodoxa” y que la propia denominación se presta a ser totalmente discutible desde una perspectiva conceptual.

En cualquier caso lo único que se pretende es facilitar la dimensión didáctica de esta exposición.

Sobre esta base y utilizando a su vez la denominación de “Psiquiatría Mayor” como contrapunto, lo que sucede en el medio administrativo-laboral con la “Psiquiatría Menor”, no es lo mismo que lo que ocurre con la “Psiquiatría Mayor”.

Me explico, tanto en el ámbito de lo civil (donde hay que valorar la Capacidad del individuo para GESTIONAR aspectos propios personales tales como testar, ejercer funciones de tutela, contraer matrimonio, tomar decisiones sanitarias con respecto a uno mismo, votar, etc.) como en el ámbito de lo penal (donde hay que valorar Capacidad para asumir RESPONSABILIDADES casi siempre en actos de carácter delictivo), el debate se centra en cuadros clínicos en los que la psicopatología es fundamentalmente grave y tiene una intensidad elevada, y aquí, —y sin pretender decir que las cosas sean fáciles de discernir ni mucho menos—, es cierto que los casos clínicos están más claros y existe menos discusión al respecto.

Sin embargo, en el mundo de lo administrativo-laboral y aunque la clínica es de menor intensidad sintomática y gravedad en su conjunto, —y quizás precisamente por eso—, dilucidar cuál es finalmente el nivel de Capacidad del individuo para desarrollar una ACTIVIDAD LABORAL concreta, acaba siendo en muchas ocasiones muy complicado y difícil de delimitar.

Y esto ¿por qué es así?... básicamente y aún a riesgo de ser un “poco reduccionistas”, porque la psicopatología “Psiquiátrica Menor” está muy próxima en su sintomatología clínica a los signos y síntomas que se presentan en los problemas vitales, en los conflictos laborales, en los problemas de adaptación, etc. que las personas tenemos a lo largo de nuestras vidas.

Y ¿cuál es en definitiva el ámbito, el medio, el territorio,... que hace que la “Psiquiatría Menor” y los problemas vitales, personales, conflictos laborales, etc. compartan territorio, que tengan puntos fronterizos, que haya solapamiento sintomático... pues es precisamente la sintomatología ansioso-depresiva no intensa, junto a otro tipo de alteraciones en las que cabe destacar las del ciclo vigilia-sueño y del apetito, tal y como señalábamos anteriormente.

Qué es lo que ocurre? ... que en los problemas vitales, esta sintomatología ansioso-depresiva, ni por razones cualitativas ni cuantitativas, tiene entidad suficiente para poder otorgarle carácter psicopatológico mientras que en la llamada “Psiquiatría Menor”, si lo tiene.

Si en todo este contexto —que muchas veces y como ya hemos dicho— se presta en sí mismo a la dificultad en la definición y delimitación, nos encontramos además con que ya el propio ámbito laboral también se presta en muchas ocasiones a ser depositario de problemas personales del trabajador (vitales, conyugales, económicos, etc.), a situaciones de conflictos laborales con superiores, subordinados o compañeros, a ser también depositario muchas veces de frustraciones profesionales, a ser un ámbito de la vida al que “es mejor evitar en la medida de lo posible” (en nuestra cultura desgraciadamente hay mucha gente que está “reñida con el trabajo” y dispuesta a hacer lo que sea con tal de evitarlo) etc., etc., en definitiva, todo ello, hace que la probabilidad de crearse para el Médico una situación difícil de analizar, delimitar y encauzar, es altamente probable que suceda.

Sobre esta base y llegados a este punto, se hace inevitable preguntarse de que diagnósticos estamos hablando cuando hacemos referencia a esta problemática conceptualizada en términos de “Psiquiatría Menor”.

Bueno, pues básicamente hacemos mención a esos diagnósticos tan habituales, y por todos conocidos en nuestra práctica habitual diaria como son los de:

- Trastornos de adaptación.
- Síndromes ansioso-depresivos.
- Trastornos por estrés.
- Depresión Mayor en grado leve.
- Estados ansioso-depresivos.
- Etc., etc.

En definitiva, diagnósticos en los que sin entrar en consideraciones conceptuales de Clasificaciones Diagnósticas Internacionales tipo CIE 10–DSM–IV, —no pretendemos en este marco de exposición ahondar al respecto—, nos encontramos habitualmente en nuestra labor diaria y que frecuentemente son considerados desde el entorno médico laboral-administrativo como “diagnósticos refugio” para justificar una baja laboral, la prolongación de la misma, etc. o incluso, utilizarlos para el logro posterior de posibles incapacitaciones laborales.

Llegado a este punto de la exposición, es oportuno preguntarse cuál debe ser nuestra actitud como profesionales de la Salud Mental ante este tipo de casos.

De entrada, estar en “actitud de alerta” ante este tipo de situaciones y en este marco, valorar la posibilidad de que se estén buscando “beneficios secundarios” por parte del paciente-trabajador.

En este mismo contexto, considerar que salvo casos concretos y que además se detectan habitualmente con rapidez, no suelen ser casos graves y que “a priori”, no se justifica que por su causa, las bajas laborales no se prolonguen en el tiempo más allá de dos-tres meses aproximadamente.

Pero más allá de posicionarnos en una “actitud de alerta” (lo que habitualmente y además de forma muy comprensible, nos cuesta mucho hacer a los sanitarios), ... ¿qué referentes nos pueden ayudar y ser útiles en nuestra práctica diaria en el discernimiento de este tipo de casos?

Hacer diferenciación entre lo “vital y lo psicopatológico”. Sobre este punto decir que en sí mismo y por su elevada complejidad, sería motivo de amplio estudio y debate, y que lógicamente, todo ello sobrepasaría el marco de esta exposición.

Sin embargo y aún a riesgo de ser muy “simplistas y reduccionistas”, consideramos que en este caso, un buen indicador es la propia intensidad de los síntomas. Es decir, sin cuestionar de que hay casos psicopatológicamente en grado leve, los que únicamente tienen una dimensión vital, casi siempre quedan enmarcados en la intensidad sintomática

baja (salvo excepciones pero que ya por su intensidad, quedarían enmarcados en los casos claramente psicopatológicos. p.e. el duelo patológico).

Hacer un “barrido longitudinal” más allá de la dimensión clínica buscando aspectos tales como historia laboral, bajas laborales anteriores, dificultades personales y familiares, problemas-conflictos laborales, valoraciones previas con entidades tales como el EVI, problemas orgánicos-físicos de los que no se ha obtenido un posible beneficio, etc, etc.

Hacer hincapié en la exploración de la “dimensión funcional”. Habitualmente, los profesionales de la Salud Mental nos centramos en la dimensión clínica que es lo que nos han enseñado y con lo que nos identificamos más fácilmente. Sin embargo, en estos casos en los que no hay certeza diagnóstica y al mismo tiempo tenemos la percepción de que el problema es básicamente vital e incluso con posibilidad de búsqueda de “beneficios secundarios” por parte del paciente, hay que “ir más allá” e indagar en sus dinámicas habituales e intentar verificar si existe correlación directa entre la sintomatología que presenta y su funcionamiento habitual.

ALGUNAS REFLEXIONES ANTES DE FINALIZAR

Sobre la “psiquiatrización” de casos: con frecuencia, prescribimos psicofármacos de manera no justificada desde una perspectiva exclusivamente terapéutica. Al respecto, tenemos que ser muy cautelosos y evitar de esta manera, el consiguiente riesgo de “psiquiatrización” del caso. Ahondando en esta línea de pensamiento, a veces se pautan psicofármacos por “compromiso”, para que el paciente tenga la impresión de que se le hace algo, etc. etc. y lo que estamos haciendo en realidad es “psiquiatrizando” un caso que en la práctica no lo es bajo ningún supuesto.

Deshacer esta situación suele resultar difícil y en ocasiones, motivo de conflicto con la persona atendida, especialmente cuando ésta detecta que la utilización de psicofármacos puede ser un buen “argumento” para justificar su “enfermedad” y obtener de esa forma beneficios de diferente orden.

Sobre la “alianza terapéutica”

Hay muchos Médicos y por supuesto Psiquiatras que justifican su actitud “proteccionista” con el paciente en base a la existencia de una “alianza terapéutica” que se va a romper si se le dice al paciente que ya no se justifica la baja laboral en la que se encuentra y tiene que ir a trabajar.

Ante todo esto, solo se me ocurre decir que deberíamos reflexionar sobre lo que consideramos muchas veces como “alianza terapéutica”. Si realmente la alianza se sostiene sobre este tipo de principios, uno no puedo menos de pensar que dicha alianza tiene aspectos posiblemente insanos en su propia esencia y estructura.

En este contexto, referir lo difícil que es encontrar informes de Médicos de Cabecera, Psiquiatras de Centros de Salud Mental, etc. que digan en la parte final de sus informes médicos, que un paciente está en condiciones de trabajar y que incluso, la propia actividad laboral le puede resultar beneficiosa para su estado psíquico y físico en general.

Sin embargo, que fácil es que se dé la circunstancia contraria.

Siendo consciente del atrevimiento de mi comentario, pienso que muchos Médicos no son conscientes de la importancia de las repercusiones posteriores que tienen muchas de sus decisiones en este ámbito.

Sobre la “negociación”

Pienso que vivimos en conjunto en una Sociedad tolerante en relación a la actividad laboral de los ciudadanos y en este contexto, entendemos que a veces hay que ser comprensivos con algunos pacientes que por diversas circunstancias adversas de la vida,

requieren una” parada en su actividad laboral”. Posiblemente casi nadie se niega a aceptar este supuesto entre los que me incluyo y en este marco, “negociar” tiempos limitados de no actividad laboral.

Insisto, estoy de acuerdo pero siempre que al mismo tiempo tengamos claro los Médicos que el entorno sanitario, no es el que tiene que resolver problemas que a fin de cuentas y en muchas ocasiones, son exclusivamente de índole social, económica, sindical, etc. y que en definitiva, no tienen nada que ver con la actividad asistencial psiquiátrica.

Sobre el rol de “cajón de sastre” y “furgón de cola” de la Psiquiatría

La Psiquiatría es muchas veces un “cajón de sastre” en el que confluyen con frecuencia todo tipo de adversidades, dificultades, etc. (que no son precisamente casos psiquiátricos) y por eso nos encontramos en nuestra práctica diaria con muchos problemas de diferente índole que para nada son psiquiátricos pero que se “filtran” en nuestro ámbito de actuación, muchas veces con nuestro propio consentimiento y por supuesto, sin ninguna finalidad exclusivamente terapéutica.

En este contexto, me gustaría hacer mención explícita a los problemas físico-orgánicos que a veces llegan a nuestra consulta tras haber pasado por otros especialistas, que no han encontrado “beneficio” por estas vías y que se incorporan a al último eslabón que muchas veces es la Psiquiatría a fin de obtener un beneficio que nada tiene que ver con lo terapéutico.

Todos sabemos la estrecha interrelación que existe entre los cuadros clínicos de tipo ansioso-depresivo y la presencia de cuadros de carácter físico-somático vinculados a dolores varios e inespecíficos, fibromialgia, cefaleas, vértigos, etc.

En definitiva, evitemos el riesgo que tenemos de convertir la Psiquiatría en un “cajón de sastre” en el que confluyen pacientes que en esencia, no se justifica su atención desde nuestra especialidad.

Tras llevar a cabo estas reflexiones, damos por finalizada esta exposición que ha intentado en un tiempo limitado, hacer una primera aproximación a un problema de gran relevancia sanitaria, social y económica y en el que los sanitarios —en este caso de forma especial los profesionales de la salud mental— estamos implicados y tenemos una gran responsabilidad.

=====

Nuevos modelos de gestión de recursos diagnósticos y terapéuticos para una rápida valoración diagnóstica y un tratamiento en tiempo y forma en pacientes en Incapacidad Temporal (IT). El acceso a la historia clínica para control clínico de calidad de la IT

Isabel de Frutos Iglesias

Subdirectora General de Asistencia Sanitaria del Servicio Cántabro de Salud. Santander.

Correspondencia

subass.dg@scsalud.es

En el marco del Convenio de colaboración entre el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) y la Comunidad Autónoma de Cantabria para la mejora de la Gestión y Control de la Incapacidad Temporal (IT), se establecen una serie de objetivos que nos indican la necesidad de abordar un plan de seguimiento y una serie de actuaciones.

La población de Cantabria a 1 de enero de 2013 es de 591.530 habitantes, representando el 1,26% de la población española. Los recursos disponibles en el Servicio Cántabro de Salud (SCS) para el control y seguimiento de los procesos de IT son:

- **En la Inspección Médica del SCS:** la relación de puestos de trabajo en la Inspección incluye 14 plazas de inspectores médicos, de los que en la actualidad solo están ocupadas 7, y 4 de subinspectores, ocupadas en su totalidad. El personal de la Inspección realiza su actividad en tres Áreas de Inspección: Área de Santander, Área de Laredo y Área de Torrelavega que incluye las Áreas de Salud de Torrelavega y Reinosa.
- **En Atención Primaria (AP):** un total de 365 Médicos de Familia, distribuidos por los 43 centros de salud y 109 consultorios, participan con OMI-AP (estación clínica de AP) en la indicación y seguimiento de los procesos de IT.
- **En los Hospitales:** en este momento podemos afirmar que el compromiso con la IT ha alcanzado a los facultativos de los hospitales de Cantabria, que entienden la importancia de priorizar las pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, y participan en proyectos como la consulta de músculo-esquelético y proyecto de control de IT para procesos del ámbito de la salud mental.

A lo largo del año 2012 se acometieron una serie de actuaciones destinadas a la mejora de la gestión y control de los procesos de IT. El planteamiento de actuaciones para este año 2013 se centra en la consolidación y ampliación de las medidas adoptadas en el año anterior.

ACTUACIONES QUE FORMAN EL PLAN

Primera. Comisión de seguimiento IT en la Gerencia del SCS

Reunión mensual de la Comisión de Seguimiento de IT constituida en la Gerencia del SCS de la que forman parte el Director Gerente del SCS, la Subdirectora de Asistencia Sanitaria, la Directora Médica de Atención Primaria y la Jefa de Área de Inspección y Evaluación.

En esta reunión se analizan los indicadores mensuales de IT y las actuaciones realizadas durante el mes anterior por Atención Primaria y por Inspección Médica, planificándose las actuaciones para meses sucesivos. Las reuniones se realizan periódicamente y generalmente son previas a las reuniones de la Subcomisión Provincial y la Comisión Central de seguimiento del Convenio de colaboración con el INSS para el control de la IT.

Resultados:

Se han institucionalizado las reuniones periódicas. Se revisa el grado de cumplimiento de objetivos planteados al amparo del Convenio de colaboración entre el INSS y la Comunidad Autónoma de Cantabria para la mejora de la Gestión y Control de la IT.

Segunda. Remisión Indicadores IT a Centros de Salud

Mensualmente la Inspección Médica remite los indicadores de IT, desagregados por centro de salud y médico prescriptor, a la Dirección Médica de Atención Primaria. Esta a su vez, remite los indicadores de los facultativos de cada Zona Básica de Salud a los Coordinadores de los Centros de Salud, para su estudio, discusión y mejora.

El análisis del resultado y evolución de los indicadores, orientan la necesidad de dirigir los esfuerzos en la formación a aquellas Zonas Básicas de Salud que se desvían de los resultados de la Comunidad Autónoma y de la media del INSS.

Entendiendo la importancia de información y sensibilización de los profesionales con el tema de la IT, se han organizado sesiones de formación en las que colaboran los Inspectores del INSS y del SCS dirigidas a:

- Médicos Residentes de Medicina de Familia, cuya rotación se ha incluido en el programa de formación en la Comunidad de Cantabria.
- Estudiantes de Medicina, en colaboración con la Facultad de Medicina de Santander y dentro del contenido de Medicina Legal, actividad realizada por primera vez en el curso 2012- 2013.
- Formación de los médicos de Atención Primaria de los Centros de Salud con la participación de las Mutuas.
- Por último, se está organizando una actividad formativa, dirigida a los MIR en formación en el SCS, y abierto a médicos adjuntos de los hospitales, en la que se han incluido contenidos que contemplan la importancia y trascendencia de la IT y las prestaciones existentes relacionadas con las contingencias laborales.

Resultados:

Desde el año 2008 hasta 2013, los indicadores han mejorado de forma clara, aunque hay que reconocer que Cantabria tenía un gran margen de mejora en relación a los resultados de media del INSS. Por primera vez en 2013, la incidencia de IT en esta Comunidad mejora las cifras de la media del INSS.

Tercera. Sesión Clínica IT

Se ha establecido una reunión-sesión clínica de IT, de periodicidad semestral, en cada uno de los centros de salud de Cantabria. En estas reuniones participa la Dirección Médica de Atención Primaria, los Inspectores del área correspondiente y todo el Equipo de Atención Primaria. Se ha llevado a cabo una primera ronda por los 42 centros de salud de la Comunidad Autónoma, que supuso un esfuerzo extraordinario dadas las circunstancias del déficit de recursos de inspectores. Esta circunstancia ha llevado a concluir que, en tanto se adecuan los recursos de profesionales a las necesidades, esta actividad debe dirigirse a los centros de salud en los cuales los indicadores muestren la necesidad de hacer un seguimiento más estrecho.

Cuarta. Visor Único de Historia Clínica

Desde hace años, con el fin de facilitar la accesibilidad a la información y facilitar la toma de decisiones, los inspectores del INSS y SCS, contaban con la posibilidad de acceder a la información de AP, con el programa Mercurio.

Una vez puesto en marcha, en Diciembre de 2011, el **Visor Único de Historia Clínica de Cantabria**, para el acceso a la información clínica en formato digital disponible en hospitales y AP, se facilitó acceso al mismo a los Médicos Inspectores del INSS y del SCS, que de este modo disponen de la posibilidad de consultar, en tiempo real, toda la información clínica de los pacientes, siempre garantizando los requisitos exigidos por la Ley 15/1999 de protección de datos de los pacientes, y siendo conscientes de que es información que requiere del mayor nivel de confidencialidad.

Resultados:

Desde enero de 2013, mensualmente se recoge el número de consultas realizadas por los inspectores del INSS al Visor. Información que se revierte para su conocimiento a los profesionales, desglosado por mes y código personalizado desde el SCS. Los datos de seguimiento entre enero y septiembre de 2013, indican que han participado 15 facultativos y se han superado las 47.000 consultas realizadas al visor, lo que demuestra que es una herramienta útil y de uso habitual en la actividad diaria.

Quinta. Obligatoriedad de Informe Médico complementario

El sistema OMI-AP ha integrado desde 2011 la totalidad de los diagnósticos reunidos en la 2ª edición del Manual de Tiempos Estándar de IT elaborado por el INSS, con sus correspondientes tiempos estándar.

Los médicos de AP deben cumplimentar un informe complementario de **todos** aquellos casos en que se supere la duración estándar, incluyendo los diagnósticos de corta duración. **Sin la cumplimentación de este informe justificativo, no es posible extender el parte de confirmación correspondiente.**

Estos informes serán accesibles para los inspectores del SCS y los del INSS a través del Visor Único de Historia Clínica. A su vez los inspectores médicos podrán, a través de esta aplicación, enviar mensajes a los médicos de AP.

La Dirección Médica de Atención Primaria será informada por las Jefaturas de Inspección del INSS y del SCS de la calidad de la información médico-laboral de estos informes. Superada esta fase, parece necesario establecer una auditoría para realizar un análisis de los contenidos e idoneidad de los informes realizados para la justificación.

OMI-AP ha resultado ser una herramienta de gran utilidad que permite llevar a cabo la emisión, conjunta con el parte de baja de IT, de una hoja informativa para el paciente, que incluye un mensaje coincidente en contenido con los carteles informativos que recientemente se han editado en la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria, y que han sido distribuidos al INSS, Mutuas y SCS.

Resultados:

Es un requisito que no permite generar el parte correspondiente, sin justificar el mantenimiento de la situación en IT superada la duración estándar del proceso, por lo tanto en el 100 % de los casos se cumple el objetivo. Se hace el informe cuando se supera el estándar, y también se ha añadido la obligada cumplimentación de los informes trimestrales, entendiéndose que es una mejora no contemplada en convenio.

Sexta. Consulta de músculo-esquelético

Es una consulta de médicos especialistas hospitalarios de carácter multi e interdisciplinar (especialistas de Reumatología y Rehabilitación) que se desarrolla en el ámbito de la atención primaria de salud.

El inicio de esta actividad tiene como fecha el 1 de marzo de 2012, y parece justificado trabajar en estos procesos teniendo en cuenta que las enfermedades músculo-esqueléticas:

- Afectan al 30% de la población adulta.
- Generan el 10% de las consultas de Atención Primaria.
- Son la primera causa de Incapacidad Laboral y de Incapacidad Permanente.

Con esta consulta se pretende garantizar la calidad de la atención sanitaria, la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario y de los profesionales.

Hay que destacar el papel fundamental del Coordinador de Continuidad Asistencial, figura creada en el Servicio de Salud, que facilita e impulsa los proyectos de participación entre niveles asistenciales. En este caso la Gerencia de Atención Primaria junto con la Gerencia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), han puesto en marcha la **Consulta de Músculo esquelético en los centros de salud**, con los siguientes objetivos:

- 1.º Crear equipos multidisciplinares de actuación que favorezcan la resolución en el ámbito de la atención primaria.
- 2.º Identificar los procesos en los cuales se quiere promover la actuación desde la atención primaria.
- 3.º Definir las funciones y actividades mínimas a realizar en cada uno de los procesos, así como el nivel de atención (primaria y/o hospitalaria) en que se llevarán a cabo.
- 4.º Facilitar la resolutiveidad del médico de AP a través de la formación en técnicas de diagnóstico y tratamiento, para lo cual se ha realizado el curso “Abordaje teórico-práctico de la patología músculo-esquelética en Atención Primaria” que incluye técnicas de infiltración. Para asistir a este curso se ha seleccionando un referente en cada centro de salud que posteriormente se encargará de “formar” al resto de los miembros del Equipo.
- 5.º Valorar la posibilidad del origen laboral de la patología y por tanto, la pertinencia de ser atendidos en su MUTUA correspondiente según origen de la contingencia.
- 6.º Intervenir de forma precoz en la asistencia de pacientes en IT por causa osteo-muscular.

Los médicos de AP realizan volantes de derivación que dan lugar a la valoración por el reumatólogo responsable y generan agendas conjuntas entre facultativos de hospital y AP, como consecuencia y tras la valoración conjunta se toman las decisiones individualmente, decisiones que pueden indicar bien la resolución del proceso en AP, la petición de pruebas diagnósticas que se agilizan de forma importante o la derivación a consultas de traumatología, ortopedia, unidad del dolor, etc.

Este proyecto se ha implantado en el Área I con cobertura a 273.000 habitantes y 16 centros de salud, con el HUMV como referente.

Resultados:

La aplicación de este programa de atención prioritaria a la patología osteo-muscular reduce de forma espectacular las demoras en las consultas externas, ello permite una recuperación precoz del paciente y una optimización en la interrelación entre especialidades hospitalarias y atención primaria.

En relación a la repercusión en IT, se ha analizado la evolución de los indicadores en los meses de marzo 2013 respecto a marzo 2012, analizando los procesos del Grupo XIII, de la CIE-9 MC versión 7:

- Las bajas tramitadas se han reducido en un 23,38%.
- La duración media de las bajas se ha reducido en un 38,15%.
- Las bajas a final de mes se han reducido en un 13%.

Séptima. Control IT corta duración Personal Propio

El estudio del perfil de la duración de las bajas laborales en Cantabria durante el año 2011 revela que el percentil 25 se sitúa en 4 días de duración y el percentil 75 en 42 días, mientras que la mediana de las bajas es de 11 días.

A lo largo del año 2011 se acometieron una serie de actuaciones destinadas a la mejora de la gestión y control de los procesos de corta duración. Los buenos resultados obtenidos con la aplicación durante 2011 de este plan, llevado a cabo por la Inspección Médica del SCS, animaron a darle continuidad durante los años 2012 y 2013. El programa incluye la revisión de la totalidad de las bajas laborales del personal del SCS en la semana siguiente a su prescripción, consultando la Historia Clínica de AP y hospitalaria y citando en Inspección a todos aquellos trabajadores que precisan un control adicional. A la vista del resultado de esta cita se decide según proceda:

- Seguir en IT con cita para revisión por su Inspector responsable en la fecha aconsejable según el proceso del que se trate.
- Solicitar al médico de AP que extendió la baja laboral, por el procedimiento que se establezca, de manera urgente, informe justificativo de la necesidad de continuar la IT, en los casos que sea necesario. Este informe deberá estar en la Inspección Médica en el plazo más breve posible.
- Alta laboral.

En todos los casos quedará garantizada la confidencialidad de los datos clínicos del paciente.

Resultados entre enero y mayo:

- El número de procesos en 2012 y 2013, ha pasado de 2.203 a 807.
- El número de días de baja en 2012 y 2013, ha pasado de 14.305 a 5.197.
- El % de procesos de < 30 días en 2012 y 2013 también ha seguido la misma tendencia.

Octava. Control IT corta duración Población General

La Comisión de seguimiento de la IT constituida en la Gerencia del SCS, a la vista de la evolución de la IT de corta duración en centros propios del SCS, decide poner en funcionamiento un **Plan de control de procesos de corta duración para la población general** de la Comunidad, empezando en los centros de salud con mayor incidencia de bajas laborales

El desarrollo de este Plan se encomienda a los equipos de Inspección Médica, encargándose de la primera actuación del plan a las tres Enfermeras Subinspectoras de Santander.

La metodología será la siguiente:

Se utilizará como indicador para la selección de los centros de salud a revisar, el **Índice Mensual de Bajas (IMB)**, por entender que es el que refleja de forma más fidedigna una elevada incidencia de procesos de corta duración.

El primer día de cada mes, a la vista del indicador del mes anterior se seleccionarán aquellos centros de salud que estén por encima de la media de la Comunidad.

Una vez seleccionados los centros de salud sobre los que se va a trabajar durante el mes, se procederá a obtener, el lunes de cada semana, el listado de todos los procesos de IT iniciados en dichos centros de salud durante la semana anterior.

Las Enfermeras Subinspectoras revisarán todos los procesos, revisando la Historia Clínica de AP y hospitalaria para valorar la procedencia de la IT.

A partir de esta primera revisión se dividirán los procesos en dos tipos:

- Aquellos con una baja claramente justificada, que pasarán a control de su Inspector responsable.
- Todos los demás casos, que serán valorados y citados telefónicamente para acudir a la Inspección Médica en los 2-3 días siguientes.

Las Subinspectoras designadas para la tarea, verán en su consulta a todos los trabajadores citados y a la vista del resultado de esta cita se decidirá según proceda:

- Seguir en IT con cita para revisión por su Inspector responsable en la fecha aconsejable según el proceso del que se trate.
- Solicitar al médico de AP que extendió la baja laboral, por el procedimiento que se establezca, de manera urgente, informe justificativo de la necesidad de continuar la IT, en los casos que sea necesario. Este informe deberá estar en la Inspección Médica en el plazo más breve posible.
- Alta laboral por parte del Médico Inspector responsable.

Resultados entre enero y mayo:

- El número de procesos en 2012 y 2013, ha pasado de 18.306 a 11.586.
- El número de días de baja en 2012 y 2013, ha pasado de 146.278 a 90.141.
- El % de procesos de < 30 días en 2012 y 2013 también ha seguido la misma tendencia.

Novena. Grupo de Trabajo de Salud Mental

La Gerencia de AP promoverá la creación de un grupo de trabajo en el Área de Salud Mental para abordar actuaciones relacionadas con esta especialidad en procesos de IT de corta y media duración, con participación de la Inspección Médica. Este es un proyecto que puede producir unos importantes efectos dada la frecuencia de procesos relacionados con la salud mental que generan situaciones de IT, y que el abordaje de estas patologías puede requerir del apoyo del médico especialista que preste su criterio tanto en el diagnóstico como en la pauta y seguimiento terapéutico al médico de AP.

Décima. Priorización de Pruebas Complementarias

En la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria, se publicó el “**Plan Integral de Reducción de Listas de Espera del Sistema Sanitario Público de Cantabria 2012–2015**” y en 2013 se elaboró el documento que establecía las dimensiones y criterios de **priorización en el SCS** con el fin de considerar las variables clínicas, calidad de vida, dependencia, las situaciones sociales y laborales de los pacientes. Todos los factores deben tenerse en consideración para conseguir equidad en las prestaciones sanitarias.

Teniendo en cuenta estas premisas, desde la Subdirección de Asistencia Sanitaria del SCS, que coordina las gestiones y los servicios de Inspección Médica tanto del INSS como del SCS, se lleva a cabo un Plan de actuación para aquellos casos en que el mantenimiento de la situación de IT sea consecuencia de la demora por la realización de una prueba diagnóstica, fundamentalmente en los casos de RNM, EMG o TAC, que pueden prolongar los procesos de incapacidad. Se procede a revisar y valorar las propuestas realizadas desde la Inspección del INSS o del Servicio de Salud, con los que se han consensuado los criterios de priorización de las pruebas.

Este acceso se pondrá a disposición de los Inspectores Médicos del INSS y del SCS, a través de sus respectivos Jefes de Servicio, en el momento en que se habiliten los circuitos de derivación correspondientes. En este momento estamos valorando los circuitos de derivación con el fin de optimizar los plazos de respuesta.

Resultados:

Se han analizado el número de derivaciones solicitadas y resueltas de forma prioritaria, entre noviembre de 2012 y junio de 2013 y han resultado un total de: 41 RNM y 24 EMG.

Se inició en el último semestre de 2011, un programa de priorización para las Intervenciones quirúrgicas de pacientes que estaban en IT y se ha continuado con él dado los buenos resultados, durante el 2012 y 2013.

Desde septiembre de 2012 a junio de 2013, se ha solicitado la realización de un total de 100 intervenciones quirúrgicas, de las cuales se han efectuado 83 y en 17 casos no se llevó a cabo por diferentes motivos: por revisión clínica, negación del paciente, etc.

=====

II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social

Madrid, 7 y 8 de noviembre de 2013

Ponencias

Mesa 3

REPERCUSIÓN SOCIAL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL (IT). EVOLUCIÓN. FACTORES IMPLICADOS. DATOS NECESARIOS PARA EL ANÁLISIS. OBJETIVO FINAL

MODERA:

Emilio Jardón Dato

Coordinador de Equipos de Valoración de Incapacidades. Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas. INSS. Madrid.

PONENTES:

Antonio Salas Baena

Director de Prestaciones de la Mutua FREMAP. Miembro del grupo de trabajo de prestaciones de AMAT. Madrid.

Marta Morano Larragueta

Dirección General de Ordenación del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Aportación y análisis de datos. Madrid.

María Villaplana García

MUGENAT. Departamento de Psicología Social Mutua Universal. Murcia.

Eugenio Fernández Escalada

Médico de Familia. Centro de Salud de Torrejón de Ardoz. Madrid.

Incapacidad temporal y atención primaria

Antonio Salas Baena

Director de Prestaciones de la Mutua FREMAP. Miembro del grupo de trabajo de prestaciones de AMAT.

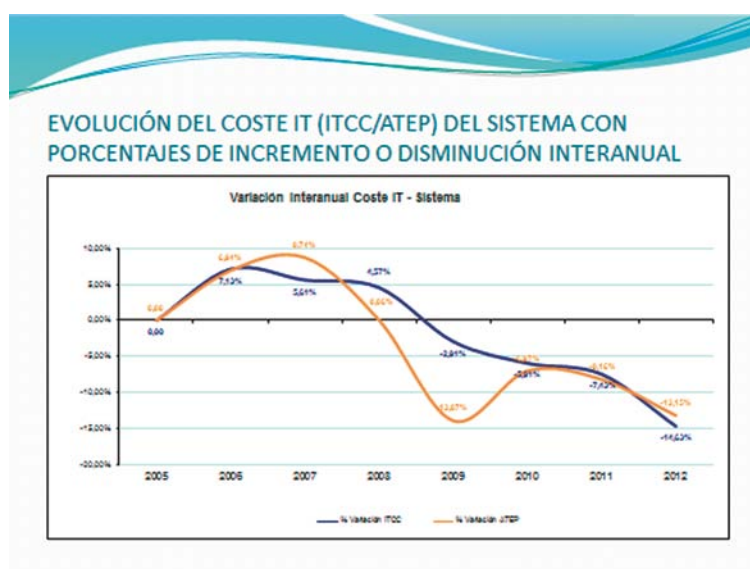
Correspondencia

antonio_salas@fremap.es

La importancia de la institución de la incapacidad temporal en sus diferentes facetas, como el **motivo de suspensión de la relación laboral más habitual y necesario** para el conjunto de los trabajadores; como el **mayor factor del absentismo laboral** que soportan las empresas de nuestro país y, finalmente, como **prestación de Seguridad Social** de cuantía ciertamente relevante, ha hecho que en las últimas dos décadas se hayan realizado sucesivas modificaciones del régimen jurídico de esta institución, **motivadas por una cierta desconfianza en la eficacia de las entidades responsables de su reconocimiento inicial** (los SPS de las CCAA), y sin querer o poder afrontar definitivamente la conveniencia de **trasladar esta competencia a favor de las entidades gestoras y colaboradoras** responsables del coste económico de la prestación.

El efecto inmediato de estas medidas sobre la evolución del coste económico ha sido inicialmente **innegable**, si bien resulta cuando menos **discutible si con posterioridad está respondiendo a una mínima eficiencia**, habida cuenta el volumen de recursos desplegados año tras año por todas las entidades implicadas para ejercitar en algunos casos unas **competencias evidentemente incompletas**, y la multiplicación de **controles, revisiones médicas, actuaciones de seguimiento** y, además, la **inversión de cantidades** nada desdeñables en la motivación de las CC.AA. para colaborar en la gestión de la IT.

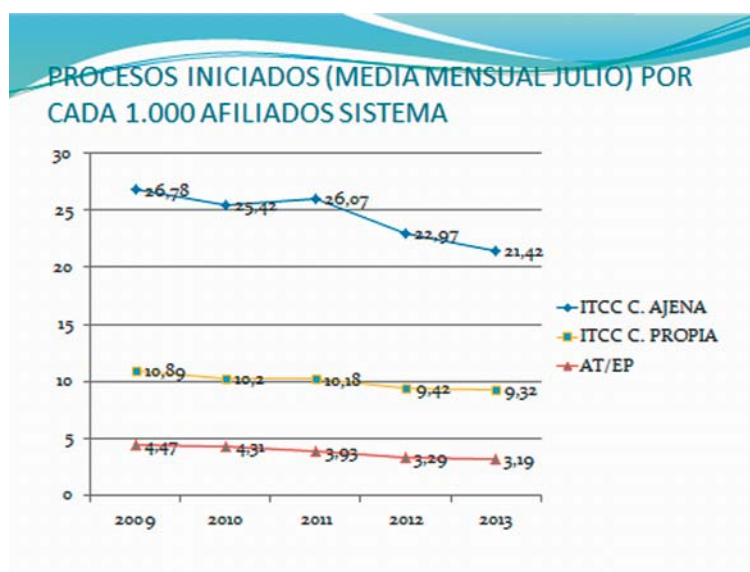
No obstante, en los últimos años, coincidiendo con la grave crisis económica que padecemos, el descenso del coste de la prestación está siendo espectacular y sería preciso **valorar en qué medida es esa coyuntura la que ha incidido tan notablemente en la reducción** de esta partida.



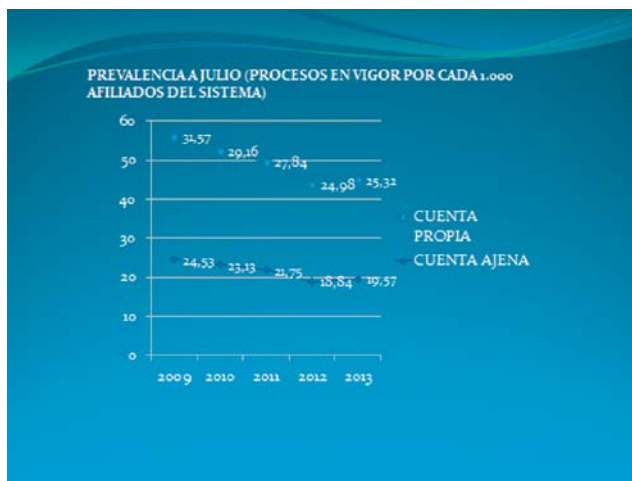
A estos efectos, creo que resulta muy significativo el estudio que se ofrece, que analiza la evolución del coste de la IT, comparando la derivada de contingencias comunes con la de las profesionales. Hay que resaltar que en estas últimas contingencias — gestionadas en el 97% por las mutuas— **nunca se ha planteado la existencia de una situación previa de falta de control de los procesos**, ni tampoco, en consecuencia, se han desarrollado **actuaciones normativas específicas** en los últimos años para mejorar la gestión.

Obsérvese que ambas **líneas de evolución son bastante semejantes** (la mayor diferencia se observa a finales de 2008 y en 2009, cuando se produce el “pinchazo” de la burbuja inmobiliaria y el parón de la construcción, con la disminución de AT provocados por esta actividad de riesgo), **especialmente, en los últimos tres años**, pudiendo concluir, por tanto, que en dicho período los porcentajes anuales de reducción del coste de la prestación son prácticamente idénticos en contingencias profesionales y comunes, es decir tanto cuando se han adoptado medidas específicas de control como cuando ello no ha tenido lugar.

Cabría plantearse como objeción a esta conclusión que **la reducción de las contingencias comunes se ha debido no sólo al efecto de la crisis económica, sino también y en mayor medida a las medidas de mejora de la gestión** de la prestación, mientras que en contingencias profesionales este mismo efecto ha podido conseguirse por la reducción del número de accidentes de trabajo con baja, fruto de la **menor actividad en sectores de riesgo** como la construcción (aunque ya hemos visto que en los tres últimos años no incide este hecho).



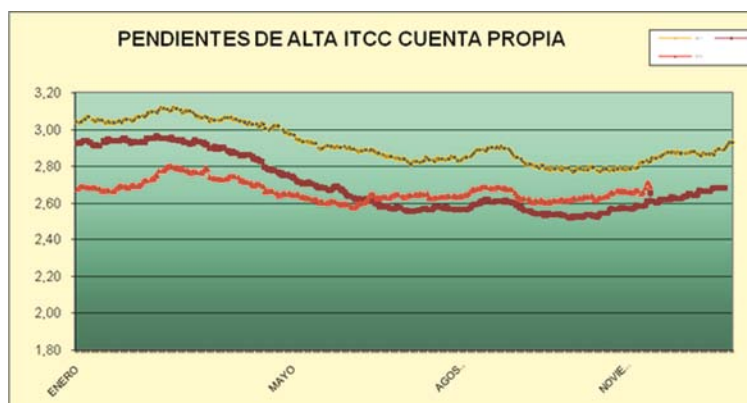
Pero la diapositiva que ahora vemos acredita que **el número de procesos iniciados en todas estas contingencias ha disminuido anualmente de una forma homogénea (también y de forma ostensible en contingencias comunes)**, por lo que, en realidad, ha sido el menor uso de la prestación (la menor solicitud de la baja médica) la que ha determinado la importante mejora en el coste de la prestación en cualquiera de las contingencias durante la crisis económica.



Sin embargo, esta evolución parece estar cambiando precisamente en los últimos meses, como anuncia la diapositiva que ahora vemos, en la que observamos cómo la prevalencia ha cambiado repentinamente su tendencia.



Para contar con datos lo más actualizados posibles, dada la novedad de este posible cambio de tendencia, he utilizado en las dos siguientes diapositivas datos diarios de FREMAP (que consideramos significativos, ya que la mutua asegura en contingencias comunes aproximadamente a la **cuarta parte de los trabajadores del sector de mutuas**), en las que vemos la **evolución en los últimos tres años** (naranja, 2011; azul 2012, y en rojo, 2013) **de los procesos pendientes de alta por cada 100 afiliados**, en esta primera diapositiva, de trabajadores por cuenta ajena. Observamos cómo hay un cambio de tendencia en el segundo trimestre de 2013, comenzando a arrojar datos más negativos que en 2012 desde septiembre.



Este mismo cambio, pero todavía más acelerado, se observa en el colectivo de los trabajadores autónomos, que ya desde julio arrojan una prevalencia superior a la del año anterior.

La cuestión que se plantea es si el marco normativo y de gestión actual es adecuado para hacer frente a este anunciado **giro al alza de la tendencia en el coste de la prestación**, sin duda motivado por las **mejores expectativas individuales de seguridad en el trabajo** del conjunto de los trabajadores.

Y es ahora cuando, oportunamente, se ha planteado una modificación de este marco normativo, encontrándose, en primer lugar, **muy avanzado un proyecto de RD** que nuevamente reincide (**desde el punto de vista de las mutuas, de forma poco acertada**) en centrar su atención en las **medidas de control sobre la actividad de las entidades competentes** para iniciar los procesos de contingencias comunes, los SPS, **sin abordar medidas necesarias para aligerar la burocracia, reducir costes económicos y de gestión a las empresas y a la Seguridad Social y propiciar la mejor curación y reincorporación laboral** de los beneficiarios.

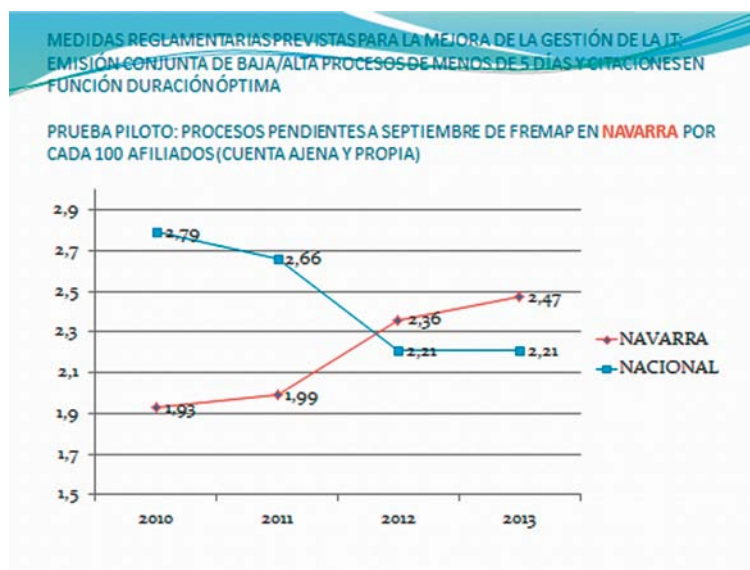
Así, se ha reiterado hasta la extenuación la importancia de poder abordar un adecuado seguimiento de los procesos de corta duración (los de **menos de 16 días suponen prácticamente los 2/3** del conjunto y significan un **coste empresarial relevante**).

Sin embargo, la aplicación de las medidas previstas en el Proyecto de RD **impedirían que una mutua pudiese incidir efectivamente en el proceso de baja antes del día decimoséptimo**, entre otras razones, porque se pretende incorporar un motivo objetivo para justificar la incomparecencia de los trabajadores a las revisiones de los servicios médicos de las entidades gestoras y colaboradoras, cual es **no haber mediado un mínimo de 5 días hábiles** (es decir, la citación debería hacerse con una demora de al menos **7 días naturales**), lo que no resulta **apropiado, ya que dependerá de las circunstancias de cada caso** que deba darse un mayor o menor plazo para la citación.

Pero esta posibilidad de conseguir la reincorporación laboral del trabajador cuya IT no esté justificada en los procesos de corta duración se complica aún más si el beneficiario decide sin más dejar de acudir a la citación médica, ya que, en tal caso, la medida que hasta ahora veníamos aplicando las mutuas (**extinción del derecho si no se justificaba la inasistencia**) **viene a ser sustituida por una previa suspensión** del derecho al subsidio (durante 10 días hábiles, es decir, dos semanas) que no obligaría a la reincorporación laboral, como muy pronto, hasta el día vigésimo tercero de la baja médica. El trabajador no percibiría el subsidio en este período de 10 días hábiles pero tampoco estaría obligado a reincorporarse al trabajo.

Por otra parte, el proyecto de RD contempla que los facultativos del SPS podrán emitir conjuntamente la baja y el alta médica cuando prevean que el proceso durará menos de cinco días y, asimismo, los partes de confirmación se emitirán en función de la duración prevista según el diagnóstico.

Los **servicios médicos de las mutuas**, desde siempre, han pautado las revisiones de los pacientes en función de sus circunstancias específicas con muy buenos resultados (no encontramos la explicación de **que se reitere en el proyecto de RD la obligación de que estos servicios emitan también partes de confirmación**), pero tenemos dudas de que esta medida no produzca precisamente un menos intenso **seguimiento de la IT por parte de los SPS**.



A estos efectos, y ya que se ha elegido a Navarra como territorio para realizar una cierta **prueba piloto**, en la diapositiva anterior puede observarse cómo ha evolucionado el % de procesos pendientes de alta en relación con el colectivo afiliado en contingencias comunes de FREMAP en la Comunidad Foral de Navarra. Precisamente, el resultado ha ido empeorando en sentido contrario al resto del territorio nacional, donde no se han puesto en marcha estas medidas.

También resulta preocupante que algunas de las novedades del proyecto de RD puedan ser germen de desconfianzas y controversias entre los servicios médicos de las entidades implicadas en la gestión de la ITCC.

Así, la previsión reglamentaria de que el beneficiario podrá evitar comparecer ante los servicios médicos de la entidad gestora o colaboradora mediante un informe del facultativo del SPS en el que considere desaconsejable para la situación clínica del paciente someterse a tal revisión, podrá generar **estereotipos generalmente injustos**, como los del médico rigorista, poco preocupado por la salud del paciente; o la del **médico obsequioso** con los escasos recursos públicos.

Y todavía más grave, los círculos viciosos que podrán producirse por las inmediatas bajas médicas del SPS por el mismo o similar diagnóstico tras las denominadas “altas presuntas” que prevé el proyecto de RD tras la no contestación por parte de dicho SPS a las propuestas motivadas de alta de las mutuas.

Efectivamente, este proyecto vuelve a reiterar desde nuestro punto de vista el **error de articular las propuestas de alta como mecanismo de cooperación entre las mutuas y el SPS**. Sin embargo, como es notorio que **permitir que, como hasta ahora, se siga dilatando el plazo para contestar estas propuestas durante 15 o más días** (cuando se contestan, ya que en el 33% de los casos no se produce la respuesta) **condena a la ineficacia** a estos instrumentos, se reduce este plazo **en el proyecto hasta convertir en virtualmente imposible que se conteste con fundamento** en cinco días hábiles a las previsiblemente no escasas propuestas que emitirán los servicios médicos de las mutuas.

En otro orden de cosas, en principio, es objetivo del proyecto de RD la simplificación de la gestión de la IT, pero el resultado parece precisamente lo contrario.

La modificación en la periodicidad de los partes de confirmación, en función de la duración prevista del proceso, si bien reducirá las revisiones por parte de los facultativos del SPS, originará **dificultades para las empresas a la hora de controlar las situaciones de IT** de sus trabajadores, así como **para las entidades gestoras y colaboradoras a la hora de controlar el abono directo** del subsidio.

Pero además las empresas deberán recibir de las mutuas una notificación para cada alta médica de contingencias comunes en la que se le comunicará el efecto de dicho parte. No nos explicamos el por qué, **si la entidad de cobertura de la IT es el INSS no recibirán tal notificación**, según se recoge en el proyecto de RD.

Más complejo será el supuesto de las denominadas “altas presuntas”, en las que la mutua no podrá comunicar previamente a la empresa que ha emitido una propuesta de alta, pero sí el efecto del alta presunta, con los problemas que podrán generarse cuando **el trabajador se reincorpore sin haberse recibido todavía en la empresa dicha notificación**, o cuando el mismo **no llegue a incorporarse por causar inmediata nueva baja** médica.

Al fin y a la postre, con todas estas comunicaciones sustituimos lo sencillo (la entrega al trabajador de la copia para la empresa del parte de alta) por lo complicado y sumamente costoso (las comunicaciones de efectos por la mutua, que deberán realizarse de forma que quede constancia de su recepción) para conseguir precisamente lo ineficaz (las dudas y conflictos que se generarán en las empresas).

Pero lo que más llama la atención del proyecto de RD, desde nuestro punto de vista, es que no se dedica en el mismo ni una línea a intentar ayudar a los beneficiarios a curar mejor de sus dolencias y a reincorporarse antes a su actividad laboral, más allá de **dilatar la periodicidad de los partes de confirmación con el alegado objetivo de mejorar la asistencia sanitaria**, cosa que en la realidad de hoy día **ya se da en numerosas ocasiones cuando los partes de confirmación se recogen de forma acumulada y entregados por persona diferente que el facultativo** que los expide.

Por el contrario, se focaliza la atención en los aspectos administrativos de la gestión, reincidiendo —multiplicándolos— en los defectos de la normativa actual: el **aparato burocrático de partes y propuestas, informes periódicos, accesos telemáticos, notificaciones de efectos, procedimientos administrativos pretendidamente garantistas, inversión en recursos informáticos y dedicación ingente de profesionales a revisar lo que los responsables debieran hacer bien desde un primer momento**.

Y ello no parece excluir tampoco los centenares de MM de euros (más de 300 en 2013) dedicados a financiar a las CCAA en relación con fines no siempre destinados a la mejora de la gestión de la IT.

Pero, insisto, ni una sola mención a la mejora en la asistencia sanitaria de los beneficiarios de la IT, por ejemplo, **facilitando que las mutuas pongamos a su disposición (sin las actuales dificultades burocráticas) los importantes recursos sanitarios de que disponemos, fundamentalmente en relación con las patologías músculo-esqueléticas**, que suponen un porcentaje muy elevado entre las que originan la ITCC.

Nuestros servicios asistenciales y de gestión no pueden olvidar el aspecto clínico de la IT y convertirnos en un obstáculo burocrático para que los pacientes hagan un uso razonable de esta prestación.

Por ello, creemos que debiera hacerse lo posible por hacer efectiva la exposición de motivos del proyecto de RD cuando mantiene que pretende introducir o mejorar los mecanismos establecidos al objeto de **aligerar los trámites y cargas burocráticas** existentes en la actualidad y **centrar los procesos de la IT en la protección del trabajador afectado y en su pronta recuperación**.

Desde nuestro punto de vista, esto no se consigue con las medidas previstas, ya que la solución natural y lógica del denominado problema de la ITCC parece que debiera ser la misma **que en su momento se adoptó con el entonces problema de la IP** (salvo en Cataluña), es decir, que sean los responsables médicos de las entidades que soportan el coste económico de la prestación de IT quienes certifiquen tales situaciones, pudiéndose centrar los SPS en la asistencia sanitaria de los pacientes.

Y que, como se ha señalado, las mutuas puedan, sin trabas burocráticas para ello, poner a disposición de estos beneficiarios sus más de 1.000 centros asistenciales (tanto ambulatorios como hospitalarios), en los que desarrollan su trabajo más de 4.500 médicos y cerca de 7.500 enfermeros o auxiliares de enfermería, para lograr su **más pronta recuperación**.

Análisis de tendencia de la prestación por incapacidad temporal en los presupuestos del sistema de Seguridad Social

Marta Morano Larragueta

Dirección General de Ordenación del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Aportación y análisis de datos.

Correspondencia

marta.morano@seg-social.es

CUESTIONES PREVIAS

La protección frente a la Incapacidad temporal, tiene impacto en varias partidas del presupuesto del Sistema de Seguridad Social. Por un lado se registran los gastos por la prestación económica que incluyen los gastos necesarios para su gestión, los gastos derivados de actuaciones de control recogidos en los Convenios del INSS con las comunidades autónomas y los gastos por la prestación de asistencia sanitaria en las situaciones de IT derivadas de contingencia profesional que asumen las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional.

En esta presentación nos vamos a centrar exclusivamente en el gasto en prestaciones económicas y también hablaremos de los convenios pero dejamos al margen el gasto de asistencia sanitaria.

Respecto a la fuente utilizada, la información económica se obtiene del Sistema de Información y Contabilidad del Sistema de Seguridad Social de la Intervención General de la Seguridad Social y las estadísticas son las elaboradas en la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social a partir de la información que suministran las Mutuas, INSS e ISM.

No es información directamente extraída de los partes de baja y alta médica, sino de la información que las subdirecciones de gestión de prestaciones nos remiten.

PRESUPUESTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Respecto a la dimensión del presupuesto del sistema, la SS Seguridad Social gestiona el 37,1 por ciento del gasto de los Presupuestos Generales del Estado consolidados para 2014 capítulos 1 a 8. El gasto total para 2014 asciende a 131.820 millones de €, lo que representa aproximadamente el 13 por ciento del PIB, y en términos homogéneos supone un crecimiento del 4,1 por ciento respecto a 2013.

Los gastos de personal y corrientes representan el 3 por ciento del presupuesto total, el grueso del presupuesto son las transferencias corrientes, más 95 por ciento del gasto total, el capítulo 8 recoge la materialización de las reservas de las Mutuas y su aportación al Fondo de Reserva y al Fondo de Prevención y Rehabilitación.

Por el lado de los ingresos, el 78 por ciento son cuotas que ascienden a 102.840 millones de €, el 9,9 por ciento son transferencias corrientes (13.000 millones de € transferencias del Estado de los que 7.633 millones de € son para complementos para pensiones mínimas) y 9,2 por ciento son activos financieros, en concreto para 2014 está previsto 12.127 millones de € por aplicación del Fondo de Reserva.

Para 2014 el objetivo de déficit del conjunto de AAPP es de 5,8% del PIB de los que 1,1% es déficit del Sistema de Seguridad Social.

Presupuesto del Sistema SS

Capítulos	Presupuesto inicial 2013		Presupuesto inicial 2014		Δ (%) (2)/(1)
	(1)	(%)	(2)	(%)	
I. Gastos de personal	2.313,38	1,80	2.326,56	1,76	0,6
II. Gastos corr. en bienes y servicios	1.552,66	1,21	1.564,07	1,19	0,7
III. Gastos financieros	15,89	0,01	16,10	0,01	1,3
IV. Transferencias corrientes	121.697,29	94,90	125.318,88	95,07	3,0
OPERACIONES CORRIENTES	125.579,22	97,93	129.225,60	98,03	2,9
VI. Inversiones reales	214,08	0,17	210,44	0,16	-1,7
VII. Transferencias de capital	1,60	0,00	0,00	0,00	-100,0
OPERACIONES DE CAPITAL	215,68	0,17	210,44	0,16	-2,4
TOTAL OPERACIONES NO FINANCIERAS	125.794,90	98,10	129.436,04	98,19	2,9
VIII. Activos financieros	2.436,80	1,90	2.384,46	1,81	-2,1
IX. Pasivos financieros	0,04	0,00	0,04	0,00	0,0
TOTAL OPERACIONES FINANCIERAS	2.436,84	1,90	2.384,50	1,81	-2,1
TOTAL	128.231,74	100,00	131.820,54	100,00	2,8

* En términos homogéneos, excluyendo las obligaciones de ejercicios anteriores el gasto total crece un 4,1% y las transferencias un 4,4%

Si analizamos el detalle del capítulo 4 que recoge las transferencias corrientes, el grueso corresponde al gasto en pensiones contributivas, el gasto en prestaciones económicas de IT representa casi el 4 por ciento del total de transferencias. Respecto a la previsión de liquidación de 2013 el gasto se reduce un 2,4 por ciento.

El peso de la IT en el presupuesto

Detalle del capítulo IV

	Presupuesto inicial		% sobre el total	Δ (%) (2)/(1)
	2013 (1)	2014 (2)		
Pensiones contributivas	106.350,10	112.102,61	89,45	5,4
Pensiones no contributivas*	2.475,55	2.166,14	1,73	-12,5
Incapacidad temporal	5.830,59	4.878,37	3,89	-16,3
Prestaciones familiares*	1.346,83	1.682,76	1,34	24,9
Prestaciones de Maternidad, Paternidad, Riesgo durante embarazo y lactancia, Cuidado de menores	2.309,85	2.177,91	1,74	-5,7
Convenios de IT y otras actuaciones control	327,82	334,17	0,27	1,9
Transferencias a CCAA	1.095,00	1.102,73	0,88	0,7
Resto de transferencias*	1.961,56	874,19	0,70	-55,4
Transferencias corrientes	121.697,29	125.318,88	100,00	3,0

* Estas partidas se ven afectadas por las obligaciones de ejercicios anteriores.

El gasto en prestaciones de IT es el doble que el gasto en prestaciones no contributivas y el triple que el gasto en prestaciones familiares, es una partida de gasto muy relevante.

A demás de estos importes, desde 2006 se formalizan convenios para un control más exhaustivo de la IT entre la Seguridad Social y las comunidades autónomas. Estos convenios establecen unos objetivos y en proporción a su grado de cumplimiento las comunidades autónomas reciben una contraprestación para financiar programas de modernización y control de la IT. La dotación para 2014 asciende a 324 millones de €. Se dotan además 9,9 millones de € para otros proyectos piloto. En total más de 5.200 millones de €.

El gasto en prestaciones de IT a pesar de la reducción de los últimos años, sigue siendo una partida de gasto muy relevante. En un escenario de consolidación y de

reducción del gasto como el que vivimos, las actuaciones de control de este gasto cobran especial importancia, sin perder de vista en todo caso el fin último de la prestación que es cubrir la falta de ingresos mientras el trabajador no esté en condiciones de trabajar.

El peso de la IT en el presupuesto

Detalle del capítulo IV

millones de euros

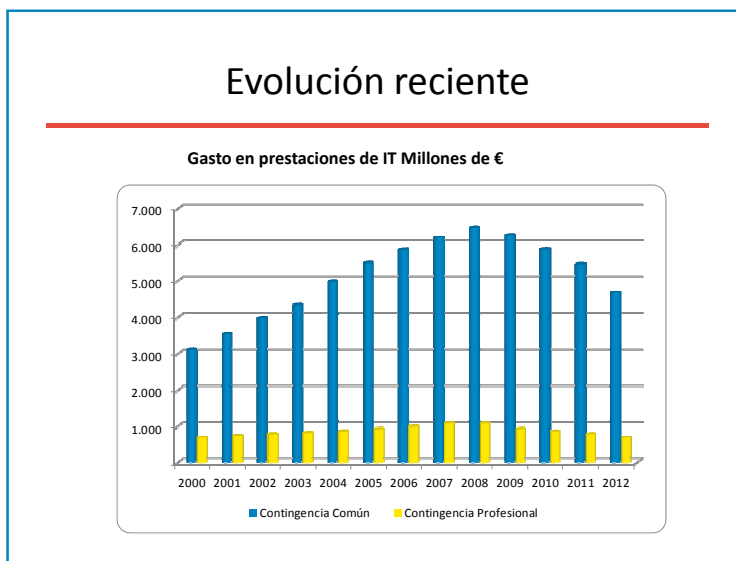
	Presupuesto inicial 2013 (1)	Presupuesto inicial 2014 (2)	% sobre el total	Δ (%) (2)/(1)
Pensiones contributivas	106.350,10	112.102,61	89,45	5,4
Pensiones no contributivas*	2.475,55	2.166,14	1,73	-12,5
Incapacidad temporal	5.830,59	4.878,37	3,89	-16,3
Prestaciones familiares*	1.346,83	1.682,76	1,34	24,9
Prestaciones de Maternidad, Paternidad, Riesgo durante embarazo y lactancia, Cuidado de menores	2.309,85	2.177,91	1,74	-5,7
Convenios de IT y otras actuaciones control	327,82	334,17	0,27	1,9
Transferencias a CCAA	1.095,00	1.102,73	0,88	0,7
Resto de transferencias*	1.961,56	874,19	0,70	-55,4
Transferencias corrientes	121.697,29	125.318,88	100,00	3,0

* Estas partidas se ven afectadas por las obligaciones de ejercicios anteriores.

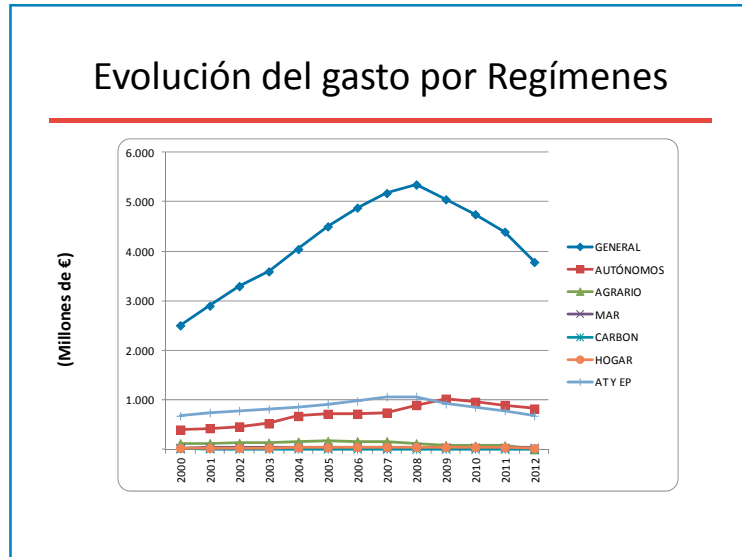
EVOLUCIÓN RECIENTE

Desde al año 2008 el incremento interanual del gasto es negativo, tanto en contingencia común como en contingencia profesional, y es especialmente intensa en 2012. El gasto máximo que alcanza esta prestación asciende a 7.534 millones de € en 2008, aunque desde el año 2004 se observa una contención en el incremento interanual.

Hay que tener presente que esta prestación mantiene cierto comportamiento procíclico, el gasto crece en épocas de expansión económica en la medida en que hay más población trabajando, hay más actividad económica, y se reduce en épocas de recesión. Por lo tanto, la tendencia de los últimos años de reducción del gasto viene motivada en parte por este impacto de la recesión económica y de la pérdida de empleo, por lo que en un futuro próximo el aumento de actividad económica y el empleo generarán presiones al alza en el gasto.



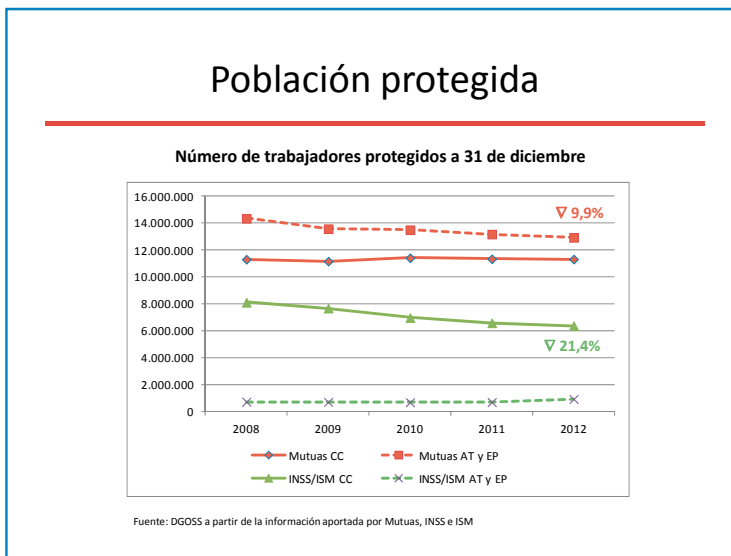
Por regímenes la caída del gasto es especialmente intensa en el Régimen general que integra desde 2008 los trabajadores por cuenta ajena Agrarios y desde 2012 los trabajadores del Régimen Especial de Empleados de Hogar. El gasto en procesos de contingencia profesional es más estable aunque se reduce a partir de 2008. El gasto del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos aumenta, debido a que a partir de 2008 es obligatoria la cobertura de IT por contingencia común, además integra los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial agrario, ahora identificados dentro del Régimen General en el Sistema Especial de Trabajadores Agrarios (SETA).



Desagregando por entidad gestora y tipo de contingencia la reducción es generalizada desde 2008 y especialmente intensa en el gasto del INSS/ISM en contingencia común. El gasto en contingencia común en el agregado de las Mutuas se reduce casi un 13 por ciento.

Un factor que claramente afecta a esta evolución del gasto es la evolución de la población protegida. La población protegida por las Mutuas en contingencia común ha permanecido estable a lo largo de la crisis, se ha registrado una reducción de la población protegida por contingencia profesional, probablemente por trabajadores que solo tenían cubierta esta contingencia.

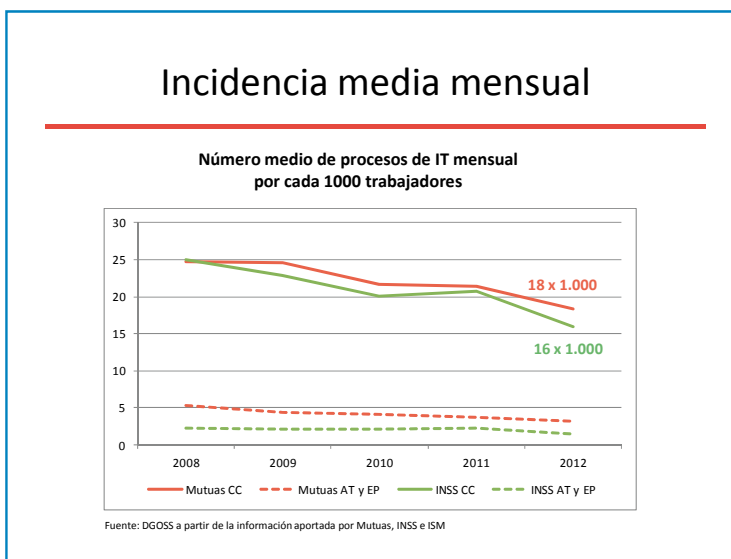
Respecto al INSS reduce más de un 21 por ciento su población protegida por contingencia común aun cuando recoge la cobertura de más de 1.200.000 de trabajadores desempleados. Las entidades gestoras dan cobertura al 28,5 por ciento de los trabajadores por contingencia común y al 6,6 por ciento de los trabajadores por contingencia profesional. Destaca también el incremento de 2012 en el INSS por contingencia profesional debido a la nueva regulación de Empleados Hogar.

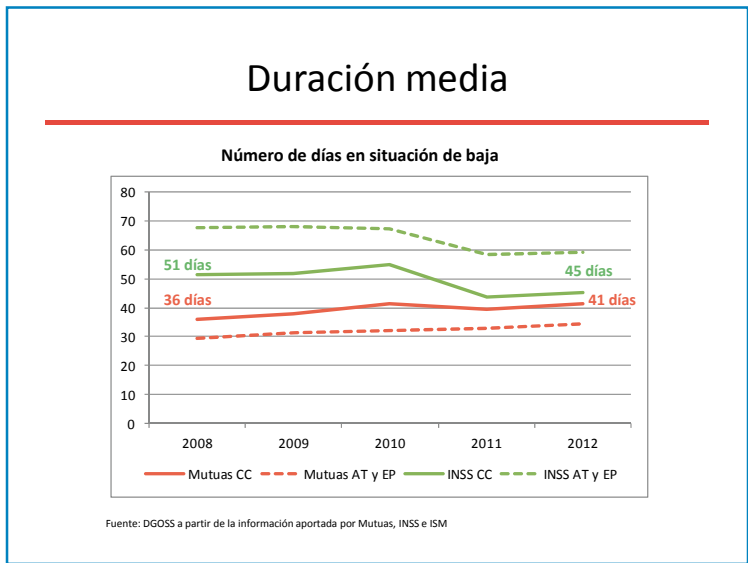


Comparando la evolución del gasto y de la población protegida, observamos como la reducción del gasto va más allá que la caída en la población protegida lo que indica que hay otros componentes que están afectando de forma significativa a la reducción del gasto. Se observa además un cierto traspaso de población del INSS a las Mutuas en 2010.

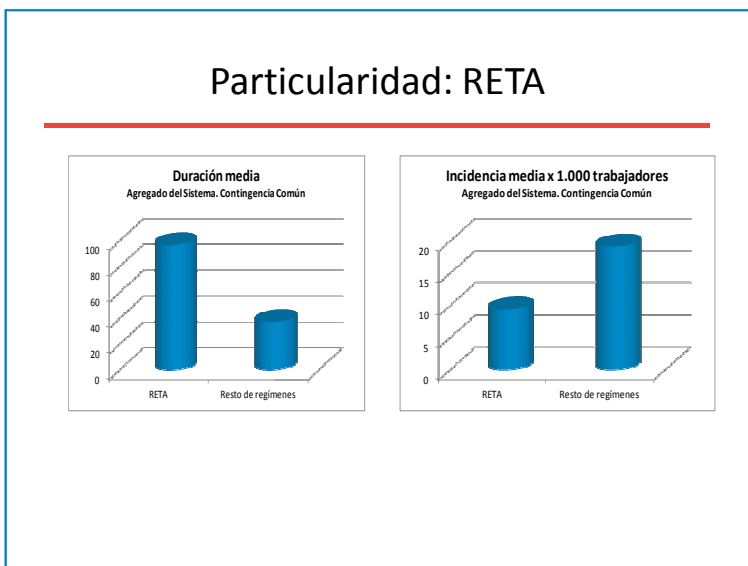
Analizando la incidencia de la prestación, es decir número de procesos mensual por cada 1.000 trabajadores protegidos vemos una reducción importante en todo el periodo. Incluye procesos indemnizados y procesos no indemnizados, considerando un proceso de IT aquel que comienza con la expedición del parte de baja y finaliza con la emisión del parte de alta. Comenzamos la crisis con una incidencia próxima a 25 que en 2012 se sitúa en 18 para Mutuas y 16 para INSS. Resulta destacable una mayor incidencia en las Mutuas que en el INSS.

Además del número de procesos, el impacto en el gasto depende también de la duración los mismos. Esta duración se está reduciendo en el INSS sustancialmente debido en parte a las medidas adoptadas por las diferentes administraciones públicas respecto a los procesos de IT de funcionarios protegidos por el INSS y porque la población protegida desempleada registra pocas bajas. En las Mutuas la mayor duración puede responder a un menor número de procesos de corta duración.





Otro factor que afecta a la duración de los procesos en las Mutuas es que protegen a la mayor parte del colectivo de autónomos (el 77 por ciento del colectivo) que tiene un comportamiento particular en IT. Con una incidencia sustancialmente menor, pero con una mayor duración. La duración en el RETA es de 96,58 días y en el resto de regímenes 37,12 días, y la Incidencia en el RETA es de 9,35 y en el resto de regímenes 19,14.



CONCLUSIONES

Se observa una progresiva reducción del gasto en prestaciones de IT en los últimos años que responde a varios factores, por un lado a la reducción de la población protegida, a la menor incidencia y a la eficacia de las medidas de control.

El reto a medio plazo será como gestionar las presiones al alza en el gasto cuando se recupere el nivel de empleo.

Análisis de la influencia de los factores relacionados con los indicadores de la Incapacidad Temporal y la reincorporación al trabajo

María Villaplana García

MUGENAT. Departamento de Psicología Social Mutua Universal.

Correspondencia

mvillaplana@mutuauniversal.net

Resumen

En este trabajo se resumen los resultados de un amplio estudio que analiza el proceso de la ausencia por enfermedad y el retorno al trabajo desde un punto de vista psicosocial y describe la Incapacidad Temporal como un indicador de la salud organizacional y no solo como respuesta del estado de salud individual. Con el objetivo de destacar cuales son los factores que influyen en el índice y la evolución de la Incapacidad Temporal se realiza un estudio —descriptivo y retrospectivo— de la totalidad de procesos derivados de Contingencias Comunes registrados, durante un periodo de seis años, en una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Se describe el perfil de la Incapacidad Temporal a lo largo del periodo y se analiza la asociación entre las características personales, organizativas, laborales y del entorno, con el Índice de Incapacidad Temporal, indicando los valores p de cada prueba; por último, se estima el Índice del Tamaño del Efecto (d), para comprobar la relevancia de dicha relación, empleando el Coeficiente de Correlación de Pearson (r_{xy}), Eta Cuadrado (η^2) y V de Cramer (V).

Los resultados muestran el efecto de algunas de las variables analizadas en los indicadores y en el comportamiento de la Incapacidad Temporal. Las conclusiones alcanzadas ponen de manifiesto la necesidad de mejorar nuestro conocimiento sobre estos factores, fundamentalmente los de etiología psicosocial, precedentes de la Incapacidad Temporal, y todavía hoy carentes en nuestros sistemas de registro.

Palabras Clave: *Incapacidad Temporal. Organizaciones Saludables. Presentismo. Condiciones de Trabajo. Factores Psicosociales.*

Abstract

This essay aims to describe the work disability as an indicator of Organizational Health, from a psychosocial point of view. Summarizes the results of a study that analyze the relationship and relevance of the effect of several factors on the frequency, rate and evolution of the temporary sickness absence. To this end, we study all the processes related to temporary sickness absence of workers covered by the general regime of the Social Security System in Spain during a period of six years, which were registered in a Mutual for Workplace Accidents and Work related Illnesses belonging to the National Health System.

We performed a retrospective analysis of total processes, analyzed its association (indicating p values) with several characteristics such as demographics, labor, organizational and environment; described the ratio for each of the features, and calculated the Effect Size (d) to estimate the importance of the relationships found, using the Pearson Correlation Coefficient (r_{xy}), Eta Squared (η^2) and Cramer's V (V).

The results show the effect of some of the variables analyzed in the indicators and behavior of temporary work disability. Furthermore, the findings are of importance for interventions aiming at reducing sickness absence. Intervention may be more effective if it addresses psychosocial issues, that which highlights the need to improve the systems for recording low processes and incorporate this type of information which is not yet available.

Keywords: *Temporary Work Disability. Healthy Organizations. Presenteeism. Working Conditions. Psychosocial Factors.*

INTRODUCCIÓN

En el inicio de la Incapacidad Temporal (IT) y en la reincorporación laboral, además del estado de salud, están implicados una serie de factores que determinarán finalmente la decisión de ausentarse y solicitar el parte de baja.

La ausencia laboral justificada por enfermedad se concibe como una conducta específica de naturaleza multifactorial relacionada tanto con la capacidad de asistir de la persona¹, reducida en los casos de una salud deteriorada, como con la motivación para hacerlo^{2,3}; un resultado compuesto, que abarca tanto la salud como el comportamiento social que conduce al abandono del trabajo⁴ y que puede estar relacionado con una amplia gama de factores presentes en las condiciones de trabajo, fundamentalmente psicosociales⁵.

En este proceso inciden una serie de variables como las características de la persona —demográficas y personalidad—, de la empresa —condiciones laborales, de trabajo y factores psicosociales—, de la sociedad —sistema público de protección o Seguridad Social—, y del entorno —ciclo económico, tasa de desempleo—^{6,7,8,9,10,11}, que pueden ser ordenadas a un nivel micro, meso y macro^{12,13}.

El interés por conocer más acerca de la IT y sus precedentes no es novedoso, desde el enfoque sanitario Vernon y Bedford (1923)¹⁴, como especialistas en medicina del trabajo, realizaron uno de los estudios considerados pioneros; en España, se señalan los trabajos de Gili¹⁵ y Úbeda y López¹⁶. Desde el enfoque psicológico¹⁷ se fechan en 1932 los primeros trabajos de investigación realizados por Kornhauser y Sharp sobre la relación de las actitudes de los empleados y el comportamiento de la ausencia laboral.

Sin embargo, y a pesar de este amplio bagaje, en la actualidad todavía no hay establecido un marco de referencia común que permita compartir los hallazgos planteados desde los diferentes enfoques científicos (sanitario, psicológico, económico, legal, sociológico), ni una especificación de los sistemas de medida empleados para su cuantificación^{18,19,20,21}. Estos hechos han enlentecido el avance del conocimiento sobre el mismo.

Uno de los modelos explicativos de la IT, ampliamente aceptados en la actualidad, que permite a nivel integrador definir los niveles de análisis y las variables recogidas en el modelo explicativo de la *Ausencia por Enfermedad y el Retorno al Trabajo*²² es el propuesto por la Fundación Europea para la Mejora de Condiciones de Vida y de Trabajo (EUROFOUND)²³.

El modelo que adoptan estas instituciones, elaborado a partir del trabajo desarrollado por Gründemann y Vuuren²⁴ propone como fundamento del proceso de ausencia-reincorporación la falta de equilibrio entre la persona y el entorno laboral. Los problemas de salud son el resultado de la discrepancia entre la carga de trabajo (factores de la tensión) y la capacidad del trabajador (mermada en situaciones de enfermedad) que conducirán a la ausencia del trabajo (IT) en función del umbral de absentismo, determinado por la oportunidad y la necesidad de ausentarse; finalmente, la recuperación y el retorno dependen tanto del curso de la enfermedad, como del umbral de reasunción al trabajo, relacionado a su vez, con las acciones del sistema sanitario, el compromiso organizacional y la disponibilidad de un trabajo especialmente adaptado para la reincorporación, entre otros. Este proceso, a su vez, está alternadamente influenciado por factores individuales, organizacionales, condiciones del trabajo y factores sociales.

La IT, por tanto, constituye un fenómeno complejo²⁵, un proceso en el que incide tal diversidad de variables que requiere analizar en detalle cada uno de sus componentes²⁶; cuya dificultad de estudio radica en que se trata de una variedad de comportamientos con diferentes causas haciéndose pasar por un fenómeno unitario²⁷.

La descripción de la IT como un comportamiento organizacional o conducta de abandono laboral (*Withdrawal*)²⁸, implica aludir al aspecto volitivo de la conducta, eje

fundamental de la clasificación que diferencia entre la ausencia involuntaria y voluntaria y que ha dado lugar al empleo de términos específicos como *sickie* para referirse a la situación en la que el trabajador se toma un tiempo libre a pesar de que está lo suficientemente bien de salud como para trabajar²⁹.

Desde el enfoque de la Psicología de la Salud Ocupacional (disciplina “interfaz entre la psicología laboral e institucional y la seguridad y la salud ocupacional”)³⁰ la IT se interpreta como un efecto de salud organizacional, una conducta originada por la exposición a una serie de variables², en la que la salud y el diagnóstico médico son un componente más del proceso de decisión del trabajador que puede derivar, en un extremo, en el comportamiento fraudulento de absentismo y, en el opuesto, conducir a una “obligada” presencia de quién acudirá a trabajar incluso estando enfermo, lo que provoca presentismo. El término presentismo se emplea para describir la asistencia del empleado incapacitado para ir a trabajar debido al menoscabo de la salud. Término acuñado por Cooper en los años 90 para describir la creciente propensión a pasar tiempo en el trabajo que se observaba en aquellos que temían perder el empleo (Chapman, 2005), un fenómeno que va adquiriendo cada vez mayor popularidad aunque desde entonces, como apuntan los autores, ha sido empleado incluso para definir situaciones incompatibles³¹.

Con la finalidad de contribuir a mejorar el conocimiento del proceso de la ausencia por enfermedad y la reincorporación al trabajo se diseñó este estudio con el objetivo de constatar entre las variables relacionadas con los indicadores de la IT, de las que se disponía información en una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, aquellas que destacan por ejercer mayor efecto o influencia.

MÉTODO

Los datos de los procesos de Incapacidad Temporal por Contingencia Común (ITCC) que integran el estudio los aporta una Mutua de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (Mutua a partir de ahora), entidad que, a su vez, obtiene la información del Servicio Público de Salud vía telemática, al recibir la copia del parte de baja (P9) emitido por el médico de atención primaria. Los datos referidos a las variables relacionadas con los episodios de IT (género, edad, nacionalidad y antigüedad en la empresa), laborales (salario, tipo de contrato), organizativas (sector económico, actividad y tamaño de la empresa), y del entorno (región), también fueron proporcionados por la Mutua.

La unidad básica de análisis no es el trabajador sino los procesos de ITCC registrados del total de los contratados por cuenta ajena del Régimen General, durante el periodo 2005-2010, por lo que no se realiza una identificación individual por empleado. Para depurar la muestra se aplicaron los criterios marcados, restando del total de bajas con duración superior a 15 días (N=784.137) los procesos de trabajadores por cuenta propia y Regímenes Especiales (141.920); así como, los que a fin de periodo estaban activos (n= 7.520) o erróneos (n= 18.565). Finalmente integraron el estudio 598.988 los procesos de alta en el periodo con una duración máxima de 365 días.

Los indicadores empleados en este estudio son la *Frecuencia y el Índice de IT* [(N.º Procesos/Población Protegida) * 100] y el *Índice de Jornadas Perdidas*: Número de Jornadas Perdidas/(Población Cubierta*Jornadas potenciales)* 100.

En el análisis estadístico para el tratamiento de los datos se empleó la aplicación SPSS 19.0 y el programa Excel. Para la descripción de las variables se hallaron los estadísticos de tendencia central y dispersión, así como, las frecuencias y porcentajes. Para analizar las asociaciones bivariantes, se empleó la prueba chi cuadrado (X^2) para variables categóricas; en continuas, las tablas de correlaciones y el coeficiente de Pearson (r_{xy}); y entre continuas y categóricas la T de Tukey (t) para muestra independientes en el caso de ser una dicotómica o la prueba anova (F); indicando los valores *p* en cada una de

las pruebas. Por último, se estimó el Índice del Tamaño del Efecto (d) de la muestra en la significación estadística ($p < .000$) resultante.

Para calcular el Tamaño del Efecto (d), se empleó el índice de métrica común propuesto por Cohen³², que indica la magnitud de una relación o efecto, posibilitando una interpretación al catalogar la influencia entre variables. Para variables cuantitativas se calculó el Coeficiente de Correlación de Pearson (r_{xy}); la V de Cramer (V) para cualitativas con un valor de “.10” para un Efecto Bajo, “.30” Medio y “.50” Alto; y el Coeficiente Eta Cuadrado (η^2) para cuantitativas/cualitativas, con valores de “.10” como Efecto Bajo y “.25” Efecto Alto.

RESULTADOS

El análisis de las frecuencias permite describir la muestra compuesta por un 50.4% de procesos de IT de hombres y un 49.6% de mujeres; españoles (91%), con una edad media de 38 años y escasa antigüedad (20 meses), contratados en empresas de más de 100 trabajadores (47.5%) y del sector servicios (53%). Los resultados reflejan diferente perfil del trabajador en IT en función al género, con índices de efecto considerables, que reflejan diferencias importantes entre los hombres y mujeres de baja por edad ($V = .139$) con un predominio de las bajas en mujeres entre 26 y 45 años, frente a los hombres (de 16-25 y mayores de 45 años); por sector ($V = .374$) con la mayor frecuencia de IT de los hombres en construcción; las mujeres, sin embargo, en servicios y comercio y en actividades ($V = .428$) administrativas, sanitarias y de hostelería; destacan además por estar contratadas ($V = .282$) a jornada parcial o fijas-discontinuas, en empresas grandes empresas ($\eta^2 = .106$) y con una antigüedad media inferior a los hombres (casi de un año), y menor salario ($V = .234$) a cualquier edad y actividad (41.03€), con una base reguladora media diaria 10€ inferior.

El cálculo del Índice de ITCC del último año refleja un mayor porcentaje de ITCC en Mujeres (12.4%) que en hombres (8.4%), trabajadores mayores de 56 años, españoles (10.8%), con una antigüedad inferior a 5 años, del sector servicios; principalmente de actividades sanitarias (13%) administrativas (12%) y de la administración pública (12%); que trabajan en grandes empresas (más de 500 trabajadores); como Indefinidos (17.1%) sobre eventuales (8.1%) y a jornada parcial (10.8%) frente a jornada completa (8.9%); y con una mayor índice en las zonas más industrializadas (País Vasco y Navarra).

En cuanto a la evolución de los indicadores a lo largo del periodo (2005/10), se observa un continuo ascenso durante los primeros años, con valores máximos en 2008, año que supera el 15% de Índice de ITCC, a partir del cual se produce un cambio de tendencia con un descenso que permite cerrar 2010 con un 12.3%. En el Índice de Jornadas Perdidas, también 2008 marca un punto de inflexión a partir del cual se inicia un descenso del porcentaje del tiempo de trabajo perdido reduciéndose hasta el 2.30% en 2010, por debajo incluso del alcanzado en 2005 (4.15%).

En referencia a la influencia de las variables analizadas en la evolución anual de la ITCC en el periodo, destacan relaciones estadísticamente significativas de todas ellas con la IT; sin embargo, el tamaño del efecto hallado refleja que las características personales de los trabajadores en baja no han influido de forma relevante en la variación de los indicadores de la ITCC; así como, tampoco el sector económico y la actividad, el salario y el tipo de contrato. Sin embargo, al analizar cada uno de sus componentes por separado, se observa que la duración del contrato sí está relacionada con la frecuencia anual de la ITCC y que ejerce un efecto considerable aunque débil ($V = .116$) reflejando que las ausencias de los trabajadores temporales ha disminuido considerablemente a final del periodo, alcanzando el 40% del total de bajas en 2005 y 2006 frente al final del periodo (2010) en el que escasamente sobrepasaban el 25%.

Finalmente, se analizó la influencia del cambio del ciclo económico en la ITCC, al dividir el periodo en dos fases: la de crecimiento (2005/08) y la de crisis económica

(2009/10). Los resultados reflejan que tanto el Índice de ITCC como el de Jornadas Perdidas fue superior en la primera fase (con un 13.5 % y un 4.56 % respectivamente) que en la segunda con 12.9 % y 3.5 %. Entre ambas fases se observaron diferencias significativas en función de las variables analizadas aunque tan solo resultaron relevantes las debidas al tipo de contrato, el sector, la actividad y el tipo de alta del proceso. Lo que permitió establecer un perfil de la ITCC diferente entre ambas fases, destacando la fase de crecimiento por un mayor Índice de ITCC de los eventuales (13,28%) que de los Indefinidos (13,16%), al contrario de lo observado en la fase de crisis con un índice superior de los Indefinidos (12,40%) sobre los eventuales (10,39%); también en esta última fase aumenta Índice de ITCC en Servicios (12,27%) y Agricultura (9.20%) frente al resto de sectores en los que decrece.

Cabe señalar, por último, en referencia a la finalización de los procesos que, a partir de 2009, en la fase de crisis se reduce el alta por curación e Incomparecencia y aumenta el alta por mejoría. Además, los datos reflejan que el cambio de ciclo económico no afectó a la duración de la IT, obteniendo una duración mediana de 32 días en ambas fases.

DISCUSIÓN

En general, los resultados hallados del análisis de la relación de las variables con los indicadores de la ITCC son congruentes con los resultados descritos en la literatura científica. Destaca un mayor Índice de ITCC en las mujeres, diferencias por género que se agudizan a lo largo del periodo de estudio; entre los trabajadores contratados de forma indefinida y en el sector servicios e industria. Estos datos podrían refrendar las conclusiones de las referencias^{33,13} que señalan que las diferencias de absentismo entre hombre y mujer no se deben solo a una cuestión de género, sino que responden a la segregación laboral que corresponde con condiciones laborales más desfavorables en la mujeres (salario inferior, status y tareas menos cualificadas, dedicación parcial) y a un mayor desempeño de las responsabilidades familiares y del hogar por parte de estas^{34,35,9,36}, coincidiendo con los mayores porcentajes de ITCC en la edad fértil.

Sin embargo, y frente a lo que de forma generalizada se recoge en la bibliografía, los resultados reflejan un menor índice de ITCC entre los trabajadores de mayor antigüedad, así como, también, resulta menor entre los contratados a jornada completa. Cabe recordar, sin embargo, que en este estudio se ha justificado la existencia de efectos cruzados ente variables, como la hallada entre la edad, la antigüedad y el salario; o el tipo de contrato y la dedicación horaria, con la base reguladora diaria (salario); que podrían explicar algunos de estos resultados, en línea con las conclusiones que identifican el salario como variable que modera la relación de la edad y el absentismo “voluntario”³⁷. Estos hechos ponen de manifiesto que realizar un análisis parcial en los estudios sobre IT puede provocar confusión en la interpretación de resultados²¹.

En cuanto a la distribución anual del índice de ITCC y de jornadas perdidas en el periodo, se observa un cambio de tendencia a final de 2008 con una clara reducción de los mismos en época de crisis, fundamentalmente entre los trabajadores eventuales, en las pymes y en todos los sectores excepto en el de servicios. Estos resultados están en consonancia con los de los estudios que muestran la influencia del ciclo económico y la inestabilidad laboral en las ausencias justificadas por motivos de salud.

A lo largo del periodo la “mejoría” y la “curación” son los dos principales motivos de alta de la ITCC, destacar además que el alta por “incomparecencia” (al seguimiento médico), que las diferencias halladas entre la fase de crecimiento y la de crisis debido a la reducción del alta por tercera causa más frecuente, que pasa de un 24% en 2007 a un 11.2% en 2010. La incomparecencia a revisión médica y la solicitud del alta tras recibir la misma por parte del trabajador podría corresponder a una IT prolongada injustificadamente^{38,39}, que se corrige en épocas de inestabilidad laboral y elevadas tasas de desempleo^{40,41,42,36} debido a la percepción de inseguridad laboral⁴³ entre los que no

tienen un trabajo estable⁴⁴, lo que les obliga a realizar un mayor esfuerzo como signo de compromiso para afianzar su trabajo y disminuir el riesgo de ser despedidos⁴⁵.

En la misma línea apuntan los resultados obtenidos que reflejan la relación entre los indicadores de la ITCC de cada periodo y el tipo de contrato ($V = .145$), constatándose diferencias relevantes entre ambos, sobretodo en función a la temporalidad ($V = .108$). Observando un cambio de perfil en comparación a los años de crecimiento económico (2005-2008), en el cual el índice de ITCC de los eventuales (13.28%) fue incluso superior al de los indefinidos, y que posteriormente se invierte en la época de crisis, con una notable reducción de las ausencias entre los que tienen un contrato inestable (10.39%) frente a los que perciben su empleo seguro, es decir, los indefinidos (12.40%).

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Entre las limitaciones de este estudio, señalar que la muestra utilizada procedía de una mutua concreta con una implantación nacional determinada, hecho que condiciona la distribución de la muestra por zonas y provincias. Además se trata de un estudio de carácter retrospectivo que analiza los procesos de ITCC ocurridos en el intervalo de 2005-2010 y que debe adecuarse a la información registrada y disponible de los mismos una vez finalizados. Por ello, al no disponer de datos de los procesos ocurridos con duración inferior a 15 días, se incluyen los episodios que generaron expediente en la mutua al tener una duración superior.

Por otra parte, se produce un sesgo de selección que impidió el seguimiento homogéneo de los casos durante el periodo de estudio, dado que no todas las empresas y trabajadores integraron la muestra durante los seis años. Del mismo modo, hay que recordar que al considerar como unidad de análisis el proceso de baja y no el trabajador, no deben identificarse ambos, dado que puede existir más de un proceso por trabajador, un hecho que no modifica el resultado, cuando el objetivo no es analizar la prevalencia de una determinada enfermedad, sino describir cuáles son las variables que se relacionan de manera importante con la ITCC como una conducta laboral.

En línea con algunas de las conclusiones apuntadas, añadir la limitación que supuso la falta de información sobre determinadas variables relacionadas con la IT, lo que imposibilitó que pudieran ser descritas, como las condiciones de vida personal (familia-hogar o el desplazamiento al lugar de trabajo) y determinadas condiciones de trabajo (nivel de exigencias del desempeño).

Esta carencia pone de manifiesto la conveniencia de mejorar los sistemas de registro de la información que permitan conocer más sobre las variables relacionadas con las ausencias por enfermedad en nuestro país, de modo que se desarrollen estudios que posibiliten la comparación de los resultados obtenidos a cada nivel de análisis (persona-puesto, grupo, organización y entorno). Así como la de establecer un marco de referencia común para todas las disciplinas que defina, tanto el concepto como los sistemas de medida y delimite la relación de las variables, así como los análisis estadísticos que permitan distinguir entre los efectos relevante y los que no lo son. Además de comprender la IT como un proceso decisional que abarca desde la ausencia hasta el retorno, que impone además la necesidad de estudio del fenómeno contrario: el presentismo.

CONCLUSIONES

La Incapacidad Temporal por Contingencia Común puede describirse como una conducta de abandono laboral relacionada con una serie de variables a diferentes niveles.

El análisis de la frecuencia de los procesos de ITCC, registrados durante los seis años que abarca el estudio, permite identificar el perfil del trabajador en baja durante el

periodo destacando diferencias relevantes entre la edad, el sector, la actividad, el tipo de contrato y la base reguladora diaria a percibir en situación de IT entre hombres y mujeres.

Los resultados hallados del cálculo del índice de ITCC del último año (2010), por una parte, concuerdan con los recogidos en la literatura, destacando un mayor absentismo en las mujeres, entre los trabajadores del propio país, en los que tienen un empleo fijo y están contratados como indefinidos o fijos-discontinuos; así como, en el sector servicios y en las zonas industrializadas. Sin embargo, por otra, y al contrario de lo que comúnmente se mantiene, reflejan un mayor índice de ITCC en trabajadores de edad avanzada, los contratados a jornada parcial y los que tienen menor antigüedad media en sus empresas.

En cuanto a la evolución de los indicadores de la IT a lo largo del periodo de estudio (2005-2010), se comprueba que el cambio de ciclo económico se relaciona con el índice de ITCC y el de Jornadas Perdidas, en ambos casos es inferior en época de crisis, reduciéndose en mayor proporción entre los hombres, los trabajadores que tienen contratos eventuales y en las empresas de menor tamaño.

La causa de alta de la ITCC continúa siendo fundamentalmente justificada por mejoría y recuperación, el tercer motivo es la “incomparecencia” del trabajador a la citación de los servicios médicos de mutua, que se reduce más de la mitad a final del periodo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Nicholson, N. (1977). Absence Behavior and Attendance Motivation: A Conceptual Synthesis. *The Journal of Management Studies*, 14(3), 231.
- Rhodes, S. R. y Steers, R. M. (1990). *Managing employee absenteeism*. USA: Addison-Wesley.
- Evans A. y Walters M. (2002). *From Absence to Attendance*, 2nd edn. Chartered Institute of Personnel and Development, London.
- González, V., Kivimäki, M., Caballer, A., Ripoll, P., Peiró, J. M., y Väänänen, A. (2005). Psychological climate, sickness absence and gender. *Psicothema*, 17(1), 169-174.
- Rael, E. G. S., Stansfeld, S. A., Shipley, M., Head, J., Feeney, A., y Marmot, M. (1995). Sickness Absence in the Whitehall II Study, London: The Role of Social Support and Material Problems. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-), 49(5), 474-481.
- Kristensen, T. S. (1991). Sickness Absence and Work Strain Among Danish Slaughterhouse Workers: An Analysis of Absence from Work Regarded as Coping Behaviour. *Social Science y Medicine*, 32(1), 15.
- Kaiser, C. P. (1998). What do we know about employee absence behavior? An interdisciplinary interpretation. *Journal of Socio-Economics*, 27(1), 79-96. doi: 10.1016/s1053-5357(99)80078-x
- Goldberg, C. B., y Waldman, D. A. (2000). Modeling employee absenteeism: Testing alternative measures and mediated effects based on job satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 21(6), 665.
- Rosenblatt, Z., y Shirom, A. (2005). Predicting teacher absenteeism by personal background factors. *Journal of Educational Administration*, 43(2/3), 209.
- Nielsen, A. K. (2008). Determinants of absenteeism in public organizations: a unit-level analysis of work absence in a large Danish municipality. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(7), 1330.
- Davey, M. M., Cummings, G., Newburn-Cook, C. V., y Lo, E. A. (2009). Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 312-330. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00958.x
- Alexanderson, K. (1998). Sickness absence: a review of performed studies with focused on levels of exposures and theories utilized. [Article]. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26(4), 241-249. doi: 10.1080/14034949850153338
- Moncada, S. (2000). *Continguts del treball i incapacitat temporal : en la cohort “Casa Gran” de treballadors de l'Ajuntament de Barcelona*. Tesis doctoral – Universitat Autònoma de Barcelona, Facultat de Medicina.
- Álvarez, B. (1999). *Especificación y validación de modelos de demanda de asistencia sanitaria, absentismo laboral y actitudes de los desempleados: aplicación al caso español*. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/exttes?codigo=2161>

15. Gili, S. (1977). Aspectos psicológicos y legales del absentismo laboral. *Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo*, 98-99, Madrid.
16. Ubeda, R. y López, A. (1986). Absentismo Laboral. Visión retrospectiva: 1974- 1984. *Salud y trabajo*, 54, 19-26.
17. Johns, G. (2008). Absenteeism or presenteeism: not at work or not working well. In Cooper, C.L. y Barling, J. (Eds), *Handbook of Organizational Behavior*, Sage, London, 1, 160-177.
18. Ribaya, F. J. (1995). La gestión del absentismo laboral en la empresa (medición, valoración y control). Rmedio. Tesis Doctoral Universidad de Alcalá. Madrid.
19. Olivella, J. (2000). La organización industrial y el fenómeno del absentismo: Un modelo aplicado a la empresa española. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/exttes?codigo=6522>
20. Llergo, A. (2003). Estudio de la incapacidad temporal en la provincia de Córdoba: factores determinantes y evolución temporal. Universidad de Córdoba.
21. Calvo, E. (2009). Duración de la Incapacidad Temporal asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles. MTIN. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Secretaría de Estado de la Seguridad Social.
22. Allegro, J. T., y Veerman, T. J. (1998). Sicknes absence. In P. J. D. Drenth y H. Thierry y C. J. d. Wolff (Eds.), *Handbook of work and organizational psychology* (2nd ed.), 2, 121-144. Hove, England: Psychology Press.
23. Eurofound, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (1997). La Prevención del Absentismo en el Lugar de trabajo, Resumen. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Recuperado de <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/1997/15/es/1/ef9715es.pdf>
24. Gründemann R.W.M. y Vuuren C.V. van (1997). Prevention of absenteeism at the workplace: European Research report, Luxembourg: Office for official publications of the European communities. 1997. ISBN 92-828-0418-6.
25. Stansfeld, S., Head, J., y Ferrie, J. (1999). Short-term disability, sickness absence, and social gradients in the Whitehall II Study. *International journal of law and psychiatry*, 22(5-6), 425-439.
26. Melchior, M., Niedhammer, I., Berkman, L. F., y Goldberg, M. (2003). Do psychological work factors and social relations exert independent effects on sickness absence? A six year prospective study of the GAZEL cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 285.
27. Johns, G. y Nicholson, N. (1982). The meanings of absence: new strategies for theory and research. *Research in Organizational Behavior*, 4, 127-72.
28. Price, J. L. (1997). Handbook of organizational measurement. *International Journal of Manpower*, 18(4/5/6), 305.
29. Bowers, T. (2001). Teacher Absenteeism and Ill Health Retirement: a review. [Article]. *Cambridge Journal of Education*, 31(2), 135-157. doi: 10.1080/0305764012006119.
30. Leka, S., Cox, T., y Griffiths, A. (2003). Promoción de la salud en el lugar de trabajo en Nottingham: método sistémico. GOHNET. Red Mundial de Salud Ocupacional. OMS.
31. Biron, C. and Saksvik, P. Ø. (2009) Sicknes Presenteeism and Attendance Pressure Factors: Implications for Practice, in *International Handbook of Work and Health Psychology*, Third Edition (eds C. L. Cooper, J. C. Quick and M. J. Schabracq), Wiley-Blackwell, Oxford, UK. doi: 10.1002/9780470682357.ch5
32. Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*: L. Erlbaum Associates.
33. Leigh, J. P. (1983). Sex Differences in Absenteeism. *Industrial Relations*, 22(3), 349.
34. Martíne, V. (1990). Origen y evolución del absentismo laboral en España desde la perspectiva de la sociología. *Esic market*, 68, 127-150.
35. Álvarez B. (1999). Especificación y validación de modelos de demanda de asistencia sanitaria, absentismo laboral y actitudes de los desempleados: aplicación al caso español. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/exttes?codigo=2161>
36. Livanos, I. y Zangelidis, A. (2010). Sicknes Absence: a Pan-European Study. Recuperado de <http://mpr.ub.uni-muenchen.de/22627/>
37. Martocchio, J.J. (1989). Age-related Differences in Employee Absenteeism: A Meta-analysis. *Psychology and Aging*, 4, 409-414.
38. INSS, Instituto Nacional de la Seguridad Social (2001). Absentismo laboral. Control de subsidio de incapacidad temporal derivada de enfermedad común efectuado por la inspección médica del INSS. Departamento Relaciones Laborales. Dirección Provincial del INSS y Tesorería General de la Seguridad Social. Recuperado de <http://www.ceoecant.es/documentos2001/boletinsociolaboral2001/absentismo%20it.%20inss%202000.htm>

39. Jiménez, J. F., y Romay, R. (2005). Gestión del absentismo por incapacidad laboral. Ed. Dykinson.
40. Leigh, J. P. (1985). The effects of unemployment and the business cycle on absenteeism. *Journal of Economics and Business*, 37(2), 159-170. doi: 10.1016/0148-6195(85)90014-1
41. Drago, R., y Wooden, M. (1992). The Determinants of Labor Absence: Economic Factors and Workgroup Norms Across Countries. *Industrial y Labor Relations Review*, 45(4), 764-764.
42. Audas, R., y Goddard, J. (2001). Absenteeism, seasonality, and the business cycle. *Journal of Economics and Business*, 53(4), 405-419. doi: 10.1016/s0148-6195(01)00038-8.
43. Vahtera, J., Kivimaki, M., y Pentti, J. (2001). The role of extended weekends in sickness absenteeism. *Occupational and Environmental Medicine*, 58(12), 818.
44. Virtanen, P., Vahtera, J., Kivimaki, M., Pentti, J., y Ferrie, J. (2002). Employment security and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(8), 569.
45. Yaniv, G. (1991). Absenteeism and the risk of involuntary unemployment: A dynamic analysis. *Journal of Socio-Economics*, 20(4), 359-372. doi: 10.1016/1053-5357(91)90011-h

Análisis de la Incapacidad Temporal desde la Atención Primaria

Eugenio Fernández Escalada

Médico de Familia. Centro de Salud de Torrejón de Ardoz. Madrid.

Correspondencia

eugenio.fernandezescalada@gmail.com

Resumen

La IT es una de las principales prestaciones del Sistema Nacional de la Seguridad Social.

En el control y gestión de dicha prestación estamos implicados muchos profesionales de distintas entidades: Atención Primaria, Atención Especializada, Inspección Médica, INSS, Mutuas, etc.

No debemos obcecarnos en ver solo los problemas que nos genera la gestión de la IT desde nuestro punto de vista.

Si realmente queremos que la gestión de la IT sea lo más eficiente posible, la colaboración entre todos es imprescindible.

Esta presentación solo pretende ser un análisis del problema desde el punto de vista de un médico de Atención Primaria y apuntar posibles medidas que nos ayuden a mejorar la gestión de la Incapacidad Temporal.

Palabras clave: *Incapacidad Temporal, Prestación, Gestión, Colaboración, Entidades.*

1. INCAPACIDAD TEMPORAL. DEFINICIÓN. LEGISLACIÓN

La incapacidad temporal es aquella situación en la que se encuentran los trabajadores impedidos temporalmente para el desempeño de su trabajo, debido a enfermedad (común o profesional) o accidente (laboral o no), mientras reciban asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Desde el punto de vista legal es el artículo 128.1 del RDL 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), el que regula la incapacidad temporal.

Los partes médicos de baja, confirmación y alta son los documentos legales que justifican el inicio, mantenimiento y alta respectivamente, de la situación clínica que impide realizar la actividad laboral habitual.

2. INCAPACIDAD TEMPORAL VERSUS ABSENTISMO

Hablar de IT es sinónimo de absentismo laboral.

Provoca en las empresas un doble gasto:

- Directo: mantenimiento de la cotización a la Seguridad Social y prestación económica.
- Indirecto: tiempo perdido por el trabajador de baja, disminución en el rendimiento del trabajo, gastos en la gestión de la IT, etc.

Además la I.T. supone para el paciente:

- Pérdida de salud y bienestar físico y psíquico.
- Afectación de la autoestima, desmotivación...
- Aumento de los gastos y disminución del poder adquisitivo.

Y para el Sistema Sanitario:

- Incremento de la utilización de recursos sanitarios: consultas sucesivas, pruebas diagnósticas, rehabilitación...

3. DATOS INTERESANTES

- El coste económico de la IT supone aproximadamente el 50% por ciento de los gastos totales que genera la Atención Primaria de Salud, incluyendo la prestación farmacéutica.
- 14 procesos generan el 33% de días de IT.
- El 67% de los procesos de IT tienen una duración inferior a 15 días.
- El 40% de los procesos de IT tienen una duración inferior a 4 días.
- En el 8% de los procesos de IT se da parte de baja y alta el mismo día.

4. ¿QUIÉN PUEDE DAR UN PARTE DE BAJA DE INCAPACIDAD TEMPORAL?

Según la Orden de 19 de Junio de 1997, por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997 de 18 de abril:

El parte médico de baja de IT se expedirá inmediatamente después del reconocimiento médico del trabajador, por el facultativo que lo realice.

Esta orden está vigente pero en la Comunidad de Madrid en el año 2009 se dictó la Resolución 16/2009 de la Viceconsejería de Sanidad cuya instrucción primera dice:

Será el Médico de Atención Primaria el encargado de la asistencia sanitaria integral del paciente, y por tanto conocedor del estado de salud y las circunstancias laborales en relación con el desempeño del puesto de trabajo, el responsable de la emisión de los documentos de baja laboral, confirmación y alta de los procesos de incapacidad temporal.

Esto da lugar en la Comunidad de Madrid, a situaciones en las cuales el reconocimiento del trabajador lo hace un facultativo y el que emite el parte de baja de IT es otro facultativo distinto al primero.

5. VISIÓN DE LA GESTIÓN IT EN ATENCIÓN PRIMARIA (A.P.)

Desde A.P. la incapacidad temporal se puede observar desde tres puntos de vista:

- Desde el punto de vista clínico comprobaremos la enfermedad, accidente y/o dolencia. Es un acto médico que desemboca en una prescripción de reposo laboral.
- Desde el punto de vista burocrático es una carga administrativa:
 - Partes alta, baja y confirmación.
 - Informes, revisiones.
 - Médico de Familia como controlador “directo y real” de la IT, aunque hay situaciones en las que es un mero emisor de documentos.
- Desde el punto de vista del médico como gestor de recursos; ya que estamos hablando de una prestación económica de la Seguridad Social, en la cual debe primar siempre el principio de la justicia antes que la beneficencia.

6. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA OBTENCIÓN Y DURACIÓN DE IT

Tanto a la hora de obtener un baja de IT como en la duración de la misma en el tiempo influyen varios factores:

- Sociodemográficos: Edad, sexo, estado civil, nivel cultural.
- Sociofamiliares: cuidado de hijos o familiares dependientes. Se ponen como excusa para prolongar las situaciones de IT.
- Laborales: insatisfacción laboral, relación contractual, remuneración, tipo de trabajo, etc. Todos estos condicionantes pueden llevar al trabajador a solicitar una baja y si está de baja a prolongarla en el tiempo
- Sanitarios:
 - Evolución de la enfermedad y/o accidente.
 - Sistema de salud.
 - Tipo de régimen de seguridad social.
 - Relación con el facultativo.
 - Dificultad acceso a A.E.: retraso en pruebas diagnósticas, consultas, tratamientos, informes.
 - Falta de concienciación de la repercusión real de la prescripción de una baja laboral.
- Dificultad de coordinación entre los diferentes agentes implicados:
 - Derivación de bajas derivadas de contingencias profesionales.
 - Relación con inspección e INSS.

Sobre todos estos factores deberíamos trabajar para mejorar la gestión de la incapacidad temporal. Sobre todo los relacionados con el ámbito sanitario y de coordinación entre niveles y agentes implicados.

7. CÓMO MEJORAR LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

La gestión de la incapacidad temporal mejorará si actuamos todos juntos sobre estos tres pilares:

- Prescripción de la Incapacidad Temporal basada en criterios sanitarios.
- Utilización de criterios de calidad y eficiencia.
- Colaboración con las otras entidades gestoras.

8. I.T. BASADA EN CRITERIOS SANITARIOS

Cuando hablamos de criterios sanitarios a la hora de mejorar la gestión de la incapacidad temporal, deberíamos reflexionar sobre los siguientes puntos:

- Análisis de los procesos de baja: justificados o no.
- Emisión de baja laboral: ¿Quién tiene que dar la baja? ¿Quién ha reconocido al trabajador?
- Revisión de la duración de los distintos procesos. Adecuar los estándares de duración de las situaciones de IT al tiempo real de los procesos de acuerdo a los condicionantes actuales del sistema sanitario.
- Adecuar partes de confirmación a criterios clínicos. No por ver y valorar al paciente más frecuentemente se va a curar antes.
- Estudio del comportamiento de los procesos de IT derivados de ciertas patologías.
- Actuaciones sobre determinados diagnósticos prevalentes.
- Unificación de criterios de actuación: ante las mismas situaciones actuar todos los profesionales igual y hacerlo siempre.

9. CRITERIOS DE CALIDAD Y EFICIENCIA

Cuando hablamos de criterios de calidad y eficiencia para mejorar la gestión de la incapacidad temporal nos referimos a:

- Sistematización y programación de actuaciones: revisiones, prórrogas, control por INSS, etc.
- Integración en los programas informáticos de los tiempos estimados de duración de los procesos de IT.
- Sistemas de información y comunicación A.P., A.E., INSS, Inspección que permitan obtener información fiable en tiempo real (menos papel).
- Racionalización, conciencia y conocimiento del gasto. Como hemos dicho antes, estamos hablando de una prestación que pagamos todos. Debemos ser lo más honrados y éticos a la hora de gestionar la IT.
- Estudiar e implantar estrategias entre facultativos de Atención Primaria, Atención Especializada, Inspección Médica y Empresas para mejorar gestión de IT en:
 - Hiperfrecuentadores.
 - Patologías leves y breves.
 - Usuarios con uso y abuso de justificantes médicos.

10. COLABORACIÓN CON ENTIDADES

Es fundamental para conseguir mejorar en la gestión de la incapacidad temporal la colaboración de Atención Primaria con:

- INSS. En los siguientes aspectos:
 - Control IT larga duración y/o conflictivas.
 - Unificar criterios.
 - Análisis y revisión de estándares.
 - Contacto con E.V.I.
 - Apoyo legal.
 - Determinación de contingencia.
- INSPECCIÓN. Para:
 - Revisión conjunta de casos.
 - Información de novedades legislativas.
 - Unificación de criterios y solución de dudas.
 - Circuitos internos entre inspección/Atención Especializada/Atención Primaria para intercambio de información clínica.
 - Compatibilidad y facilidad de sistemas informáticos.
 - Codificación CIE/CIAP
- MUTUAS:
 - Comunicación inmediata.
 - Facilitar trámites administrativos.
 - Información laboral.
 - Valoración de contingencias:
 - Accidente laboral/accidente casual.
 - Enfermedad profesional/enfermedad común.

11. CONCLUSIONES

Tras la elaboración y presentación de esta ponencia, considero que se pueden sacar algunas conclusiones, para irnos con ideas claras, aunque sean pocas y plantearnos una pregunta que espero resolvamos en el futuro:

- Tomar conciencia del gasto que supone la IT.
- Parte médico de baja, confirmación y alta expedidos por el facultativo responsable del proceso.
- Establecer estándares cumplibles.
- Mejorar relaciones entre las partes implicadas.
- Control de IT: ¿A.P. y/o A.E. y/o INSS?
- Esta pregunta no significa que tengamos que separar nuestras fuerzas sino todo lo contrario. Lo que sí debemos determinar es en que aspecto nos centramos cada uno y que actividades son las más eficientes, que mejor sabemos hacer y tenemos más posibilidades de llevar a cabo cada profesional implicado en la gestión de la Incapacidad Temporal.

MEDICINA *y* SEGURIDAD *del trabajo*

II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social

Madrid, 7 y 8 de noviembre de 2013

Ponencias

Mesa 4

VALORACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROFESIONALES. CAPACIDADES REQUERIDAS PARA EL TRABAJO O GRUPOS PROFESIONALES

MODERA:

Jorge Veiga de Cabo

Jefe de Área de Divulgación Científica, Investigación y Servicios. Escuela Nacional Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

PONENTES:

Manuel García Herrera

Médico Inspector Jefe. INSS. Dirección Provincial de las Islas Baleares.

Marta Zimmerman Verdejo

Directora del Departamento de Investigación e Información. INSHT. Madrid.

Rafael Ramos Muñoz

Director Médico de Contingencias Comunes. IBERMUTUAMUR. Madrid.

Juan Goiria Ormazábal

Jefe del Servicio de Prevención de riesgos Laborales del Ayuntamiento de Bilbao. Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Las guías de valoración de los requerimientos laborales en la Incapacidad Laboral: la Guía de Valoración Profesional del INSS, el mercal y la Guía Mejorada del Instituto de Biomecánica de Valencia

Manuel García Herrera

Médico Inspector Jefe. INSS. Dirección Provincial de las Islas Baleares.

Correspondencia

manuel.garcia5@seg-social.es

Resumen

Se hace un análisis comparativo de las guías de valoración de requerimientos laborales: la Guía de Valoración Profesional del INSS, el MERCAL y la Guía mejorada del Instituto de Biomecánica de Valencia, se destacan los defectos y virtudes de cada una de ellas, sus puntos fuertes y sus puntos débiles, y se apuesta hacia la convergencia de todas ellas en una misma herramienta unificada.

Palabras clave: *Medicina Evaluadora, inspección, requerimientos, incapacidad, evaluación, UMEVI, INSS, MERCAL, IBV.*

Abstract

A comparative analysis of the guides of rating evaluation assessment of job requirements is made: the Guide to Professional Evaluation INSS, the MERCAL and the Improved Guide Institute of Biomechanics of Valencia, highlight the strengths and weaknesses of each of them and bet towards convergence of all of them in a single unified tool.

Key words: *Medical Evaluation, inspection, requirements, disability, evaluation, UMEVI, INSS, MERCAL, IBV.*

INTRODUCCIÓN

Par realizar la evaluación de la capacidad / incapacidad laboral, el médico inspector que ejerce de evaluador precisa de la consideración de dos nodos: *el individuo y la profesión*. Por un lado, con el individuo tenemos un diagnóstico, por el otro una ocupación, con el diagnóstico unos grados funcionales, con la ocupación unos requerimientos, con los grados determinaremos unas capacidades residuales y con los requerimientos unas demandas, y con estas dos últimas es con las que el médico inspector debe hacer su evaluación (Tabla I).

Tabla I. Fundamento de la evaluación de la incapacidad laboral



Algo tan simple, a la vez que complejo, como es saber casar las capacidades a través del *Informe Médico de Síntesis* y las demandas a través del *profesiograma* es lo que determinaría la capacidad/incapacidad orgánico-funcional de un paciente.

Como alternativa o complemento al profesiograma específico del paciente surge la necesidad de las guías de valoración de requerimientos profesionales.

En el 2003 la aparición del **Manual de Actuación para Médicos del INSS** y su posterior edición mejorada y actualizada (**NIPO: 791-11-026-2**) representó un notable avance en el área de conocimiento de la Medicina Evaluadora, permitió contar con una herramienta de referencia que resultaba útil fundamentalmente en dos cosas: para conseguir una homogeneidad de criterios, y en la de disponer una calificación en grados funcionales propios del menoscabo por patologías. Empezó con el Manual a establecerse la base clínica del equilibrio de la evaluación. Sin embargo, en lo referente a los requerimientos, en las Unidades Médicas del Equipo de Valoración de Incapacidades (UMEVIs) no contábamos con alguna herramienta específica de la misma relevancia que el Manual de Actuación para medir requerimientos profesionales desde el punto de vista de evaluación médica.

Sin embargo, guías de requerimientos existían a nuestra disposición desarrolladas para cometidos y objetivos bien distintos, pero ¿eran útiles éstas guías existentes de requerimientos de los puestos de trabajo para cubrir nuestras necesidades como médicos evaluadores?. Unas emplean métodos globales como: LEST, ANACT, FORT, EWA, RENUR, ERGOS, MAPFRE, FAGOR, PAQ, EWA, ANACT, etc., otras emplean métodos específicos como: NIOSH, OWARS, AFNOR, REFA, etc., pero realmente estas guías estaban diseñadas para un cometido distinto, la prevención o la ergonomía y no para lo que realmente precisábamos y necesitábamos: la evaluación de la incapacidad.

En esta situación, nos encontrábamos frente a una situación extraña: bien cubiertos en un lado de la balanza y faltos en el otro lado de la misma. De ahí que llegado el momento se impulsaran y surgieran guías de valoración de requerimientos profesionales

con la pretensión de reunir las condiciones necesarias para completar este cometido de la evaluación médica.

Así fueron surgiendo **La Guía de Valoración Profesional del INSS, el Mercal, la Guía del Instituto de Biomecánica de Valencia, las Fichas Técnicas del INSHT, las Fichas de Evaluación del Foro de IT en el País Vasco, y las Fichas Ocupacionales.**

Con el desarrollo de todo ello la Medicina Evaluadora representa una identidad propia cada vez más diferenciada de otras áreas de conocimiento. La aparición de estos textos junto a otros de referencia como el Manual de Tiempos Estándar de duración de la IT, actualmente Manual de Tiempos Óptimos de la IT, la Guía de riesgo durante el embarazo y la lactancia natural, entre otros, dan doctrina y fortalecen esta coherencia de identidad propia de la Medicina Evaluadora como una especialización que emerge cada vez más y precisa ser reconocida como tal en nuestra sociedad.

Las Guías de requerimientos han abierto una perspectiva precisa en la evaluación de la incapacidad laboral cada una con aspectos propios que de alguna manera pueden converger y sin duda precisan converger hacia una visión integradora de una misma situación común los requerimientos profesionales.

Repasamos y analizamos las tres primeras de las mencionadas anteriormente analizando los puntos fuertes y los puntos débiles de cada una de ellas como partida a su articulación y que en un futuro encontremos su convergencia funcional.

1. GUÍA DE VALORACIÓN PROFESIONAL DEL INSS

El Instituto Nacional de la Seguridad Social, INSS, publicó en 2009 la primera edición de la **Guía de Valoración Profesional (NIPO: 791-09-062-3)**, con el objetivo de proporcionar a los médicos inspectores y al Equipo de Valoración de Incapacidades del INSS la información más relevante existente en las diferentes clasificaciones y otras fuentes de información laboral, relativa a las competencias y tareas de cada ocupación, así como los requerimientos teóricos o cualidades psicofísicas que debe poseer un trabajador para realizar una profesión determinada. Posteriormente se editó en 2012 la segunda edición ya ampliada, de la **Guía de Valoración Profesional (NIPO: 791-09-061-8)**.

Actualmente se está elaborando la tercera edición de la **Guía de Valoración Profesional** que tiene prevista su aparición el primer semestre de 2014. Entre otros aspectos, en ella se cambiará el formato, habrá una ampliación en el número de fichas, se aumentan los requerimientos: fonatorios, sensibilidad, etc, habrá una inclusión de nuevos riesgos, se modificarán los criterios de graduación en ciertos requerimientos, etc. Los objetivos de la guía fueron desde un principio:

- **Proporcionar** a los Médicos Inspectores del INSS y a los EVIs **información completa y actualizada sobre el conjunto de profesiones** más frecuentes del mercado laboral español.
- **Aportar una metodología de trabajo que permita identificar los requerimientos profesionales** en la valoración de la capacidad laboral de los trabajadores.
- **Mejorar la calidad de los informes médicos** de valoración de la incapacidad laboral.
- Presentar la información de forma fácil de consultar, incorporando las ventajas de diseño para **facilitar su utilización desde las aplicaciones informáticas corporativas.**

Esencialmente esta guía se compone de 269 fichas (la próxima edición contará con 506 fichas) sobre ocupaciones, que en cada una se incluyen tres bloques de contenidos:

1. Identificación de la profesión y descripción de competencias y tareas.

2. Requerimientos profesionales.

3. Posibles riesgos y circunstancias especiales.

A continuación (Tabla II) se muestra a modo de ejemplo la ficha de Médico de Familia:

Tabla II. Ejemplo de Ficha de la Guía de Valoración Profesional del INSS: Médico de Familia

Código CNO-11: 2111	MÉDICOS DE FAMILIA
GPR: C; E; F; G; H; J	SECTOR DE ACTIVIDAD (CNAE): – 86: Actividades sanitarias
OCUPACIONES INCLUIDAS: – Médicos de cabecera – Médicos de familia – Médicos internos residentes especializados en Medicina de Familia y Comunitaria	OCUPACIONES AFINES NO INCLUIDAS: – 2112: Médicos especialistas – 2112: Cirujanos – 2112: Médicos internos residentes especializados (distintos de Medicina de Familia y Comunitaria)
REFERENCIAS:	
Cualificación profesional (CNCP): no existe	
Permisos administrativos: colegiación (colegio médicos provincial)	
COMPETENCIAS Y TAREAS:	
Este grupo diagnostica, trata y previene enfermedades, lesiones y otros trastornos; mantienen el estado de salud general de las personas aplicando principios y procedimientos de la medicina moderna. No limitan su práctica a determinadas categorías de enfermedades o métodos de tratamiento y pueden asumir la responsabilidad de la prestación de atención médica continuada y completa.	
<i>Nota: Las ocupaciones incluidas en este grupo requieren estar en posesión de una Licenciatura Universitaria en Medicina más la formación clínica de postgrado, o equivalente, requerida para el ejercicio de las competencias. Aunque en algunos países médico general o de familia puede considerarse especialidad, esta ocupación debe clasificarse siempre aquí.</i>	
Entre sus tareas se incluyen:	
<ul style="list-style-type: none"> – realizar la exploración física de los pacientes y entrevistarlos, para determinar su estado de salud; encargar análisis de laboratorio, radiografías, etc, y analizar los resultados para determinar la naturaleza de los trastornos o enfermedades; – prestar atención médica continuada a los pacientes, prescribiendo y administrando tratamientos curativos y medidas preventivas, y realizar el seguimiento de éstos; – realizar intervenciones y otros procedimientos clínicos y aconsejar a las personas sobre salud, nutrición y estilo de vida; suministrar a los pacientes y a las familias referencias clínicas requeridas para el tratamiento especializado en hospitales, centro de rehabilitación u otros tipos de centros salud; identificar, gestionar y suministrar referencias clínicas relativas a complicaciones antes, durante y posteriores al nacimiento; – recoger la información e historia médica de los pacientes e intercambiar información con médicos especialistas y otros trabajadores de la salud; – certificar nacimientos, muertes y enfermedades de declaración obligatoria a los organismos públicos de acuerdo con normativa legal y profesional; – realizar investigación sobre la salud de las personas y los servicios médicos. 	
POSIBLES MENCIONES EN EL CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES:	
<ul style="list-style-type: none"> – 3A0101: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos. – Enfermedades las vías respiratorias causadas por sustancias de bajo peso molecular (productos farmacéuticos, sustancias químico-plásticas, látex, aditivos, etc.): 4I0122: Rinoconjuntivitis; 4I0322: Asma; 4I0422: Alveolitis Alérgica Extrínseca; 4I0522: Síndrome de Disfunción de la Vía Reactiva; 4I0622: Fibrosis Intersticial Difusa; 4I0722: Fiebre de los Metales y otras sustancias de bajo peso molecular; 4I0822: Neumopatía Intersticial Difusa. – 5A0122: Enfermedades de la piel causadas por sustancias de bajo peso molecular (productos farmacéuticos, sustancias químico-plásticas, látex, aditivos, etc.). 	

Código CNO-11: 2111					MÉDICOS DE FAMILIA				
REQUERIMIENTOS	GRADO				REQUERIMIENTOS	GRADO			
	1	2	3	4		1	2	3	4
Carga física	X				Carga mental				
Carga biomecánica					Comunicación				X
Columna cervical	X				Atención al público				X
Columna dorsolumbar	X				Toma de decisiones				X
Hombro	X				Atención/complejidad				X
Codo	X				Apremio				X
Mano			X		Audición				X
Cadera		X			Visión				
Rodilla		X			Agudeza visual				X
Tobillo/pie		X			Campo			X	
Manejo de cargas	X				Dependencia			X	
Trabajo de precisión			X						
Sedestación		X							
Bipedestación									
Estática	X								
Dinámica		X							
Marcha por terreno irregular	X								

POSIBLES RIESGOS Y CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS

POSIBLES RIESGOS DERIVADOS DE AMBIENTE LABORAL:

- Exposición a sustancias sensibilizantes
- Exposición a agentes biológicos

POSIBLES RIESGOS DERIVADOS DEL MATERIAL/HERRAMIENTAS DE TRABAJO:

- Manejo de equipos o herramientas con elementos cortantes, punzantes o perforantes
- Manejo de vehículos
- Utilización de pantallas de visualización de datos

CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS DEL AMBIENTE LABORAL:

- Posible ambiente laboral estresante o relaciones interpersonales conflictivas

Apartados de la ficha:

Cada ficha profesional queda estructurada de la siguiente manera:

1. Identificación de la profesión y descripción de competencias y tareas

En este apartado se incluyen el Código CNO-11 de la profesión, la profesión, el GPR (grupo profesional relacionado), el sector de actividad (CNAE), las ocupaciones incluidas, y las ocupaciones afines no incluidas.

En cuanto al apartado de referencias se especifican los convenios colectivos en vigor si ésta profesión cuenta con ellos, incluye también la calificación profesional (CNCP).

Competencias y tareas, es este espacio quedan recogidas todas las acciones, tareas, ámbitos y competencias de la profesión descrita.

2. Requerimientos profesionales

Se recogen los siguientes requerimientos: Carga física, Carga Biomecánica (Columna, Hombro, Codo, Mano, Cadera, Rodilla, Tobillo/pie), Manejo de cargas, Trabajo de precisión, Sedestación, Bipedestación, (Estática, Dinámica), Marcha por terreno irregular, Carga mental (Comunicación, Atención al público, Toma de decisiones, Atención/Complejidad,

Apremio), Audición, Visión, Otros órganos de los sentidos (olfato, gusto, tacto), y Dependencia (falta de autonomía)

Cada uno de los requerimientos es graduado en 4 niveles o grados:

Grado 1: Baja intensidad o exigencia.

Grado 2: Moderada intensidad o exigencia.

Grado 3: Media-alta intensidad o exigencia.

Grado 4: Muy alta intensidad o exigencia.

3. Posibles riesgos y circunstancias especiales

En este apartado se muestran aquellos riesgos de la profesión a los que se está expuesto en el ambiente laboral, los riesgos derivados del material o herramientas de trabajo o por circunstancias específicas del ambiente laboral.

- Posibles riesgos derivados del ambiente laboral como la Inhalación de polvo, humo, gases o vapores, la exposición al ruido, a temperaturas extremas, a radiaciones ionizantes, a radiaciones no ionizantes, a sustancias sensibilizantes, a sustancias carcinógenas, a agentes biológicos y trabajos en intemperie.
- Posibles riesgos derivados del material/herramientas de trabajo como el manejo de vehículos, de maquinaria que origina vibraciones, de equipos y herramientas con elementos cortantes, punzantes o perforantes, de materiales o substancias inflamables, de material explosivo, de equipos eléctricos, o la utilización de pantallas de visualización de datos.
- Circunstancias específicas del lugar y/o medio laboral en las que se describen la realización de trabajos en alturas, subacuático, subterráneo, en aeronaves, en el mar, nocturno, a turnos o de especial peligrosidad.
- Situaciones especiales como si precisan permisos administrativos o si están incluidas dentro del Cuadro de Enfermedades profesionales *RD 1299/2006 de 10 de noviembre (BOE 19/12/2006)*.

4. Grupos Profesionales Relacionados (GPR)

Merece una especial consideración el desvelar el concepto de Grupos Profesionales Relacionados (GPR) que figura en el primer bloque de la ficha.

Se trata de grupos o conjunto de ocupaciones, profesiones o actividades laborales que tienen unas características similares en cuanto a requerimientos o exigencias psicofísicas básicas para la realización de esa actividad laboral.

Ello permite facilitar la realización de análisis y estudios de investigación, y facilita la valoración de la posible situación de compatibilidad/incompatibilidad en los expedientes de revisión de grado de la incapacidad permanente por declaración de inicio de actividad del pensionista.

Puntos fuertes:

- a) **Orientar el reconocimiento médico y la objetivación de acuerdo con el perfil profesional** del trabajador en los expedientes de incapacidad permanente y de incapacidad temporal.
- b) **Facilitar la toma de decisiones** (alta médica, continuar de baja, o inicio de incapacidad permanente) en los expedientes de incapacidad temporal y la calificación del grado en los expedientes de incapacidad permanente.
- c) **Completar el análisis de riesgos** del puesto de trabajo en los expedientes de riesgo durante el embarazo y durante la lactancia.
- d) **Evaluar la posible etiología profesional del cuadro patológico** que presente el trabajador en cualquiera de los expedientes anteriores y contribuir en dar un

tratamiento homogéneo en los expedientes en los que sea necesario determinar la contingencia.

- e) **Facilitar la valoración de la posible situación de compatibilidad/incompatibilidad**, en los expedientes de revisión de grado de la incapacidad permanente, por declaración de inicio de actividad del pensionista.

Puntos débiles:

- a) Valora requerimientos del puesto de trabajo y **no valora capacidades presentes** o restantes del trabajador (para ello tenemos el Manual de Actuación para los Médicos del INSS)
- b) **Graduación de los requerimientos en 4 grados**

2. MERCAL (MANUAL DE EVALUACIÓN DE REQUERIMIENTOS PARA LA VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL)

En el mes de abril de 2008, se firmó un convenio entre la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP) con el propósito de desarrollar un protocolo para la evaluación de la capacidad laboral, este fue el punto de partida para el desarrollo del Protocolo sobre Elaboración de Informe de Antecedentes Profesionales, denominado Manual de Evaluación de Requerimientos para la Valoración de la Capacidad Laboral o MERCAL

En las clasificaciones de las ocupaciones, tanto nacionales (Catálogo Nacional de Ocupaciones – CNO) como internacionales (Base de datos de clasificaciones profesionales ONET), sólo se establecen las dimensiones o requerimientos de los puestos de trabajo de tipo “físico”.

El MERCAL entiende las competencias de los puestos de trabajo como un conjunto de componentes físicos, cognitivos y emocionales.

La metodología de evaluación de requerimientos del MERCAL tiene como particularidad que está basada en el **análisis funcional del puesto (DOT) y a la ecuación de la carga de trabajo (Wisner, 1988)**, considera **OCUPACIONES**, se fundamenta en la comparación: **REQUERIMIENTOS/CAPACIDADES** y valora **20 dimensiones agrupadas (Tabla III)**:

Esto queda establecido contemplando en dos ámbitos:

El **manejo de trabajos**: trabajos mentales, emocionales, y físicos.

El **recurso o carga de esfuerzo**: trabajar con datos, personas y objetos.

Y englobando ambos interviene el tiempo y el horario de manera **transversal** de tal manera que quedan asociados los siguientes ítems que agrupan las 20 dimensiones:

- . **Mentales – Datos (7).**
- . **Emocionales – Personas (2).**
- . **Físicas – Objetos (9).**
- . **Transversales (2).**

Tabla III. Las 20 dimensiones del MERCAL agrupadas en mentales (en azul), emocionales (en violeta), físicas (en rojo) y transversales (en verde)

MERCAL: 20 dimensiones (3 agrupaciones + 1 transversal)

<ul style="list-style-type: none"> ■ 1. Atención ■ 2. Percepción ■ 3. Comprensión oral y escrita ■ 4. Expresión oral y escrita ■ 5. Razonamiento ■ 6. Toma de decisiones ■ 7. Carga mental 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 10. Manipulación ■ 11. Capacidad visual ■ 12. Capacidad auditiva ■ 13. Marcha ■ 14. Ambiente de trabajo ■ 15. Carga física ■ 16. Manejo manual de cargas ■ 17. Posturas de trabajo ■ 18. Movimientos repetitivos
<ul style="list-style-type: none"> ■ 8. Control emocional ■ 9. Relaciones psicosociales 	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 19. Tiempo ■ 20. Horario

En las actividades profesionales los requerimientos mentales son los que procesan datos, los emocionales aquellos en que el trabajador interactúa con personas y los físicos aquellos en los que se manipulan objetos, y en todos ellos a su vez de manera transversal están implicados el tiempo y el horario laboral.

En las **dimensiones mentales-datos** se engloba la atención, la percepción, la comprensión oral y escrita, el razonamiento, la toma de decisiones, y la carga mental.

En las **dimensiones emocionales-personas** están incluidos el control emocional y las relaciones psicosociales.

En las **dimensiones físicas-objetivos** la manipulación, la capacidad visual, la capacidad auditiva, la marcha, el ambiente de trabajo, la carga física, el manejo manual de cargas, las posturas de trabajo, y los movimientos repetitivos.

Y en las **dimensiones transversales** que interactúan con todas las demás está el tiempo y el horario.

El nivel de graduación en el MERCAL se establece en 5 niveles:

- **NIVEL 1 - MUY BAJO:** Población general, actividad de autonomía personal diaria básica o fisiológica.
- **NIVEL 2 - BAJO:** Población general, actividad cotidiana que requiere un adiestramiento, entrenamiento o capacitación básicos.
- **NIVEL 3 - MEDIO:** Población laboral con un grado de adiestramiento, entrenamiento o capacitación que le permita desarrollar su actividad laboral manteniendo un rendimiento habitual.
- **NIVEL 4 - ALTO:** Trabajador sano y con el adiestramiento, entrenamiento o capacitación necesarios. Se define como exigencia laboral intensa o “cualificada”.
- **NIVEL 5 - MUY ALTO:** Al que solamente puede hacer frente o posee una parte de la población laboral especialmente adiestrada, entrenada o capacitada. Se define como exigencia laboral especialmente intensa.

Esta escala se completa considerando dos situaciones especiales de valoración de requerimientos y capacidades:

- **ESENCIAL (E):** Es un Requerimiento/Capacidad indispensable para poder desempeñar una ocupación concreta. La calificación de Esencial se consignará independientemente de su nivel de exigencia o siempre que esté recogida legalmente.
- **NO SE APLICA (0):** Es un Requerimiento/Capacidad prescindible en una ocupación concreta.

Este protocolo consta de tres fases:

La primera fase se refiere a la evaluación de los **REQUERIMIENTOS** propios de un puesto de trabajo concreto, en relación a las dimensiones físicas, psicológicas, esenciales, y a la categoría “no se aplica”.

En segundo lugar, se procedería a la valoración de la **CAPACIDAD** que una persona tiene respecto a los requerimientos de su puesto de trabajo habitual.

Finalmente, se compara la valoración de requerimientos del puesto de trabajo y la evaluación de las capacidades del trabajador para dicho puesto, con el objetivo de decidir si dicha persona puede desempeñarlo o no y redactar el Informe (Tabla IV).

El procedimiento MERCAL requiere en la evaluación, como hemos apreciado, de una **intervención relevante de un Psicólogo Evaluador (Psicólogo del Trabajo)** que anexa como mínimo tres documentos: Anamnesis, Pruebas realizadas y sus resultados, y el Informe descriptivo de los resultados (Tabla V).

Tabla IV. Ficha de ocupación que en este caso se recogen 4 requerimientos

FICHA DE OCUPACIÓN		
REQUERIMIENTOS	DESCRIPCIÓN	NIVEL REQUERIDO
1. ATENCIÓN	Dimensión interpuesta entre el input sensorial y la estructura cognitiva, de manera que la persona admite cierta información o sensaciones y excluye otras.	2
2. PERCEPCIÓN		3
7. CARGA MENTAL		2
9. RELACIONES PSICOSOCIALES		2

Tabla V. Informe de valoración psicológica

INFORME DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA		
OCUPACION DEL SOLICITANTE		Cód.
APELLIDOS Y NOMBRE DEL SOLICITANTE		
EXPEDIENTE Nº		
CAPACIDADES	DESCRIPCIÓN	VALORACIÓN
1. ATENCIÓN	Dimensión interpuesta entre el input sensorial y la estructura cognitiva, de manera que la persona admite cierta información o sensaciones y excluye otras.	2
2. PERCEPCIÓN		2
7. CARGA MENTAL		3
12. CAPACIDAD VISUAL		2

PSICÓLOGO EVALUADOR Nº COLEGIADO		

Puntos fuertes:

- Entiende las competencias de los puestos de trabajo como un **conjunto de componentes físicos, cognitivos y emocionales**.
- Buen complemento a los Informes Médicos de Síntesis** que se aportan a los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI's).

- c) El protocolo diseñado establece 20 dimensiones fundamentales en relación a las cuales hay que **describir tanto los Requerimientos de un Puesto de Trabajo concreto, como la Capacidad de la Persona para desempeñarlo.**
- d) **Buena Validez y confianza de las variables de medición psicológica.**
- e) **Orientar el reconocimiento médico y la objetivación de acuerdo con el perfil profesional** del trabajador en los expedientes de incapacidad permanente y de incapacidad temporal.

Puntos débiles:

- a) Requiere de la participación de un **Psicólogo Evaluador.**
- b) **Graduación de los requerimientos en 5 grupos.**

3. GUÍA MEJORADA DEL INSTITUTO DE BIOMECÁNICA DE VALENCIA (IBV)

ACUERDO MARCO de colaboración IBV. El 5 de julio de 2010 se firmó un Acuerdo Marco que establecía el marco general de colaboración entre el INSS y el IBV. **El primer objetivo de dicha colaboración fue identificar una solución que integrase la Guía INSS y la Metodología IBV y fuese aplicable en el proceso de valoración de incapacidades, para lo cual se abordó el proyecto “CONVERGENCIA INSS-IBV”**

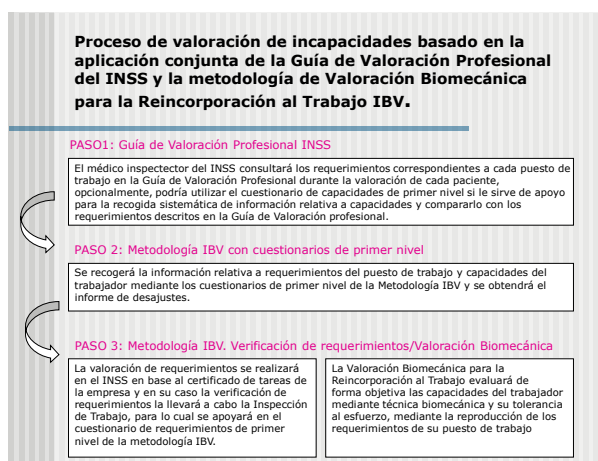
Se basa en la **aplicación de cuestionarios** para la obtención de desajustes y, posteriormente, en la **aplicación de técnicas biomecánicas** para la valoración objetiva de las capacidades en condiciones basales y tras la **reproducción de los requerimientos** más exigentes de su puesto de trabajo.

Proporciona información objetiva para asistir al médico en su decisión de **valorar si un trabajador está en condiciones de reincorporarse a su puesto de trabajo** tras un periodo de Incapacidad Temporal, IT, o el grado de Incapacidad Permanente si no es posible su reincorporación.

Permite **identificar las principales tareas y requerimientos musculoesqueléticos de un puesto de trabajo**, compararlas con las capacidades del trabajador y obtener el grado de ajuste o desajuste entre ambos.

El proceso de integración entre la Guía de Valoración Profesional del INSS y la metodología de Valoración Biomecánica permite la evaluación del paciente de la manera que se describe en la **Tabla VI** en tres fases en aquellos pacientes en que sea necesaria la aplicación de procesos de reproductibilidad de las tareas en su puesto de trabajo para la completa evaluación de su capacidad/incapacidad.

Tabla VI. Fases de evaluación integrada entre la Guía de Valoración del INSS y la Valoración Biomecánica del IBV



Puntos fuertes:

- a) Aplicación de una **metodología basada en el estudio de la reproducción de los requerimientos** aplicando técnicas biomecánicas.
- b) **Conoce con exactitud los requerimientos de un puesto de trabajo y su ajuste a las capacidades del trabajador de la forma lo más objetiva posible.**
- c) Permite identificar las principales tareas y **requerimientos musculoesqueléticos** de un puesto de trabajo.
- d) **Proporciona información objetiva para asistir al médico en su decisión de valorar si un trabajador** está en condiciones de reincorporarse a su puesto de trabajo tras un periodo de Incapacidad Temporal, IT, o el grado de Incapacidad Permanente si no es posible su reincorporación.

Puntos débiles:

- a) Precisa de **equipamiento específico** y adecuado para la reproducción de los requerimientos.
- b) El proyecto **“CONVERGENCIA INSS-IBV”** se centra en estos momentos solamente en requerimientos físicos.

CONCLUSIONES

Cada metodología tiene una potencia que la define e individualiza y que no debe de despreciarse. La necesidad de integración de cada una es necesaria, la evaluación integral de cada paciente es un hecho en todos los ámbitos de la medicina, y por tanto no puede ser menos la Medicina Evaluadora, de ahí que destaquemos lo particular de cada una de las guías y metodologías, e intentar aunar las virtudes de cada una de ellas para la más completa evaluación del paciente-trabajador.

Esa potencia individual de la que hablamos es la que en resumen se recoge:

Guía de Valoración profesional de INSS:

- . Información completa y actualizada sobre el conjunto de profesiones.
- . Requerimientos.
- 2. GPR.

MERCAL:

- . Comparación entre requerimientos y capacidades.
- 2. Potente dimensión de requerimientos psicológicos.

Valoración Biomecánica del IBV:

- . Potente valoración musculoesquelética.
- 2. Información objetiva y metodología de reproductibilidad de los requerimientos más exigentes.

Por tanto puede concluirse que:

- . Los tres métodos resultan útiles para la medición de requerimientos del puesto de trabajo y los tres se complementan.
- . La Guía de Valoración Profesional del INSS y La Valoración Biomecánica para la Reincorporación al Trabajo del IBV fundamentan su metodología principalmente en requerimientos físicos, aunque la segunda objetiva por reproductibilidad los requerimientos y capacidades.
- 2. El MERCAL desarrolla los aspectos psicológicos que no son abordados con tanta profundidad en los demás.

Es por ello que debe plantearse en un futuro inminente, fomentar en la medida de lo posible, una integración coordinada de la Guía del INSS, la Metodología IBV y el MERCAL, ya que permitiría evaluar de manera tridimensional y completa lo que es nuestro cometido la incapacidad laboral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Actuación para Médicos del INSS (NIPO: 791-11-026-2).
2. Guía de Valoración Profesional (NIPO: 791-09-062-3).
3. GUIA de Valoración Profesional (NIPO: 791-09-061-8).
4. MERCAL (Manual de Evaluación de Requerimientos para la Valoración de la Capacidad Laboral).
5. Valoración Biomecánica para la Reincorporación al Trabajo (IBV).

MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

Valoración de la aptitud de los requerimientos profesionales. Capacidades requeridas para el trabajo o grupos profesionales: algunas aportaciones del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)

Marta Zimmerman Verdejo

*Directora del Departamento de Investigación e Información. INSHT.
Madrid.*

Correspondencia

m.zimmermann@insht.meyss.es

Resumen

Siendo la “aptitud para trabajar” como aquella capacidad psicofísica del individuo para realizar su trabajo sin riesgo para su propia salud o la de otros, el presente artículo resume algunas actividades desarrolladas por el INSHT, en el marco de sus competencias técnica, en colaboración con otras unidades del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Palabras claves: *Aptitud para trabajar. Políticas Públicas. Riesgos Laborales.*

Abstract

Being the definition of “fitness to work” the psychophysical ability to perform a safe work, this article summarizes some of the activities related to this matter, carried out by the National Institute of Safety and Hygiene at Work (INSHT), accordingly with its technical competence, in collaboration with other units of the Ministry of Employment and Social Security.

Keywords: *Fitness to work. Public Policy. Occupational risks.*

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) es el órgano científico técnico especializado de la Administración General del Estado que tiene como misión el análisis y estudio de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, así como la promoción y apoyo a su mejora.

Para ello establece la cooperación necesaria, tanto en el ámbito nacional como internacional, con entidades públicas cuyas actuaciones puedan contribuir a la mejora de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

Dentro de este ámbito, el INSHT ha colaborado con otras unidades del propio Ministerio de Empleo y Seguridad Social en temas muy relacionados con los requerimientos profesionales ligados a las exigencias de las tareas, las condiciones de trabajo y de los propios trabajadores, con el fin último de orientar aquellas estrategias o estándares más adecuados aplicables a cada situación concreta.

Entre estas actividades de colaboración destacan:

1. Apoyo metodológico al INSS para actualizar los tiempos estándar de la duración de IT (INSS).
2. Colaboración en la definición de contenidos de la Estrategia Global para el empleo de las personas trabajadoras de más edad (2012-2014).
3. Realización de informes sobre actividades de mayor siniestralidad y condiciones de trabajo adversas como apoyo a la Secretaría de Estado de Seguridad Social en la valoración del establecimiento de coeficientes reductores de la edad de jubilación.
4. Elaboración de las directrices sobre la promoción de la mejora de la seguridad y salud en el trabajo de la trabajadora embarazada o en periodo de lactancia.

A continuación se desarrollan brevemente estas actividades que en esencia pivotan, como se expondrá a continuación, en torno a la propia definición de “aptitud para trabajar” y que se refiere a “la capacidad psicofísica del individuo para realizar su trabajo sin riesgo para su propia salud o la de otros”.

Respecto al primer punto, es evidente que la edad y la tarea profesional son factores que deben tenerse en consideración en el establecimiento de estándares relacionados con la duración de los diferentes procesos de IT, con el fin último de garantizar la curación completa y evitar que una incorporación prematura al trabajo facilite que las exigencias del mismo materialicen una posible recaída. Como define el INSS, el Tiempo Estándar (TE) de IT es “el tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador”.

El INSS publicó sus primeros criterios de referencia en relación a esta materia en 2004 con el apoyo de un elenco de expertos que determinaron los tiempos estándar recomendados para más de 1000 entidades clínicas. En 2008 se procedió a realizar una revisión y actualización de este Manual de Tiempos Estándar, motivado por la existencia de importantes avances experimentados en los sistemas informáticos que permitieron que el INSS dispusiera de una base de datos de procesos de IT a nivel nacional que incorporaba la mayoría de los partes de baja y alta emitidos por los servicios públicos de salud.

Finalmente, en este proceso dinámico de actualización continua, En 2012 el INSS, a través de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas, procedió a constituir un grupo de trabajo con el INSHT, con objeto de analizar las variables que pudieran tener influencia en la duración de los procesos de IT para realizar un nuevo ajuste de los tiempos estándar, determinándose que la edad y la ocupación serían las variables a utilizar para realizar dicho ajuste. En este sentido, las notables mejoras de las fuentes de información, permitió abordar este reto que debería, no obstante, someterse, en base a su naturaleza dinámica, a futuras actualizaciones, ajustes y mejoras.

Para ilustrar este ajuste, sirva de ejemplo la IT por lumbalgia (CIE: 724.2). Para este epígrafe el tiempo estándar de IT se estimó en 14 días. Una vez consideradas las variables de ocupación (CNO) y edad, las estimaciones pasan a ser entre 18 y 19,5 días en los trabajadores mayores de 55 años pertenecientes a las categorías de: Trabajadores cualificados de la construcción, trabajadores cualificados de las industrias manufactureras; Operadores de instalaciones, maquinarias fijas y montadores y en Conductores y operadores de maquinaria móvil.

La utilidad, por tanto, de estos estándares es clara y cómo bien indica el INSS, entre estas bondades destaca:

- Proporcionar una orientación al médico de AP y al especialista responsable del proceso de IT sobre la duración óptima en función del diagnóstico, profesión y edad del mismo y establecer una cadencia en la emisión de los partes de confirmación del proceso de IT en función de criterios sanitarios y de gestión.
- Proveer criterios homogéneos en relación al momento idóneo para realizar la valoración médica del proceso de IT o la convocatoria del trabajador para reconocimiento médico.
- Facilitar a los responsables de gestión una herramienta para aplicativos informáticos de los Servicios Públicos de Salud, del INSS y de las MATEPSS.
- Favorecer la comunicación y coordinación con los Servicios Públicos de Salud y Mutuas mediante la puesta en marcha de procedimientos de negociación estratégica en materia de gestión de IT y actuación conjunta.

Otra línea de colaboración, drásticamente diferente a la anterior, pero de nuevo ligada a la definición de aptitud, se basa en la creciente inquietud sobre los cambios demográficos y su posible impacto sobre la productividad y la salud de los trabajadores. Esta evidente preocupación se hace extensiva en todos los países de nuestro entorno. De hecho en numerosos foros internacionales se ha puesto de manifiesto que para garantizar los niveles de productividad en Europa se hace indispensable la promoción de actividades de I+D+i que faciliten el retraso en la edad de jubilación. En este debate se incluye la necesidad de medidas de mejora y adaptación de las condiciones de trabajo al trabajador mayor, incorporando estrategias organizativas, de formación continua, la rotación y la rehabilitación.

En este contexto se debe hacer mención a la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. En su artículo 15, sobre principios de la acción preventiva, se destaca, entre otros, un principio con profundas evocaciones y es el de "Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras a reducir los efectos del mismo en la salud". Por otra parte, el artículo 25 de esta norma, sobre protección de los trabajadores especialmente sensibles, insta a garantizar "de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo.

A tal fin, deberá tener en cuenta dichos aspectos en las evaluaciones de los riesgos y, en función de éstas, adoptará las medidas preventivas y de protección necesarias.

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

Es ya una realidad, ampliamente admitida, de que a medio plazo, nuestra fuerza laboral será mayoritariamente añosa y que una enorme proporción de ésta estará

constituida por trabajadores para los que será imperativo el diseño de medidas concretas para garantizar la salud y la prolongación de la vida laboral, como consecuencia de esos cambios fisiológicos propios del envejecimiento.

Como parte de este debate y con el fin de empezar a trazar las líneas que faciliten la conciliación entre el patrón demográfico, la salud y la productividad, se publica en 2011, la Resolución de la Secretaría de Estado de Empleo, sobre el Acuerdo del Consejo de Ministros de 28 de octubre, por el que se aprueba la Estrategia Global para el Empleo de los Trabajadores y las Trabajadoras de Más Edad 2012-2014 (Estrategia 55 y más). Resulta de enorme interés lo plasmado en el punto dos de dicha estrategia sobre las líneas de actuación relacionadas con las condiciones de trabajo de los trabajadores y las trabajadoras mayores de 55 años, con particular atención a la seguridad y la salud en el trabajo. En dicho punto se perfilan algunas posibles acciones, enfocadas a la adaptación, relativas a: jornada de trabajo; evaluación de riesgos, vigilancia de la salud, formación e información; movilidad funcional por razones de seguridad y salud en el trabajo y medidas en el marco de la investigación encaminadas a la protección social.

Así mismo, en este punto de la estrategia, se insta al INSHT a impulsar la realización de investigaciones específicas en materia de condiciones de trabajo y salud de los trabajadores y de las trabajadoras mayores que permitan detectar perfiles de morbilidad asociados con la edad y ayuden al diseño de intervenciones concretas. Así mismo se impulsa la realización de estudios epidemiológicos que determinen aquellas ocupaciones potencialmente más peligrosas en función de la siniestralidad y definan el impacto que, sobre dicha siniestralidad, ejerce la edad. Finalmente, y dado el caso, será la Secretaría de Estado de la Seguridad Social quién analice y determine otras medidas, en base a la Ley General de Seguridad Social y su normativa de desarrollo que contemplan la posibilidad de que los trabajadores y las trabajadoras que realicen determinadas actividades que supongan un riesgo para su seguridad y salud, puedan acceder de forma anticipada a la jubilación, mediante la aplicación de coeficientes reductores a la edad ordinaria de jubilación.

En relación a esta última cuestión, con clara impronta de protección social, se publica el Real Decreto 1698/2011, por el que se regula el régimen jurídico y el procedimiento general para establecer coeficientes reductores y anticipar la edad de jubilación en el sistema de la Seguridad Social. En dicho real decreto se especifican, los criterios que definen a la “población diana” y se pormenoriza el procedimiento aplicable a estos trabajos que, por ser excepcionalmente penosos, tóxicos o peligrosos, registren índices elevados de morbilidad o mortalidad, considerándose la situación de jubilación anticipada como excepcional siempre que no sea posible cambiar las condiciones de penosidad, toxicidad o peligrosidad. A este respecto, La Secretaría de Estado de Empleo, en colaboración con la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, a través del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, con la participación de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, así como del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en función de las respectivas competencias, llevará a cabo un estudio preceptivo, sobre cada uno de los siguientes extremos: Siniestralidad en el sector, Morbilidad y mortalidad por enfermedad y su relación directa con el trabajo, incapacidad permanente y Condiciones de trabajo, en las que se tendrá en cuenta a estos efectos la peligrosidad, insalubridad y toxicidad, la turnicidad, el trabajo nocturno y el sometimiento a ritmos de producción, en relación, todo ello, con la edad del trabajador y el tiempo de exposición al riesgo. Dicho estudio contendrá, asimismo, las posibilidades de modificación de las condiciones de trabajo en el sector o actividad, en base al informe emitido al efecto por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

Finalmente, una aportación reciente del INSHT, íntimamente relacionada con conceptos ya expuestos como “aptitud” o “trabajador especialmente sensible”, es el relativo a las medidas dirigidas a la protección de la maternidad en el trabajo. En materia normativa, desde Europa y por consiguiente en España, se ha hecho un enorme esfuerzo con objeto de salvaguardar la seguridad y salud de los trabajadores y trabajadoras, dando una especial protección a los colectivos más sensibles, entre los que se encuentran las

trabajadoras embarazadas, las que hubieran dado a luz recientemente o las que se encuentren dentro del periodo de lactancia materna.

Así, la Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia, estableció, en el ámbito comunitario, una serie de disposiciones cuyo objetivo era la protección de este colectivo de trabajadoras especialmente sensibles a determinados riesgos. En nuestro país, la incorporación de la directiva se efectuó mediante la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, sin embargo la transposición no fue completa.

Posteriormente, la ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, otorgó un mandato al gobierno para que reglamentariamente integrara el contenido de los anexos de la Directiva 92/85/CEE en el ordenamiento jurídico español. Esta medida se vio materializada en el RD 298/2009 por el que se modifica el RD 39/1997 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

Desde el punto de vista operativo, las medidas preventivas y soluciones a aplicar deben considerarse en el siguiente orden:

1. Eliminación del peligro.
2. Adaptación de las condiciones y/o del tiempo de trabajo.
3. Cambio a un puesto de trabajo exento de riesgo o restricción de las tareas con riesgo.
4. Suspensión de contrato por riesgo durante el embarazo o la lactancia.

En definitiva, la evaluación de los riesgos deberá comprender la determinación de la naturaleza, el grado y la duración de la exposición de las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras o del feto, en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico. Si los resultados de la evaluación revelasen un riesgo para la seguridad y la salud o una posible repercusión sobre el embarazo o la lactancia de las citadas trabajadoras, el empresario adoptará las medidas necesarias para evitar la exposición a dicho riesgo, a través de una adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo de la trabajadora afectada.

Cuando la adaptación de las condiciones o el tiempo de trabajo no resultase posible, o a pesar de tal adaptación, las condiciones de un puesto de trabajo pudieran influir negativamente en la salud de la trabajadora embarazada o del feto, ésta deberá desempeñar un puesto de trabajo o función diferente y compatible con su estado.

En el supuesto de que, aun aplicando todo lo anterior, no existiese puesto de trabajo o función compatible, la trabajadora podrá ser destinada a un puesto no correspondiente a su grupo o categoría equivalente, si bien conservará el derecho al conjunto de retribuciones de su puesto de origen.

Por último, si dicho cambio de puesto no resultara técnica u objetivamente posible, o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados, podrá declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo, durante el período necesario para la protección de su seguridad o de su salud y mientras persista la imposibilidad de reincorporarse a su puesto anterior o a otro puesto compatible con su estado.

Al hilo de todo este complejo árbol de decisiones y acciones, la Ley orgánica 3/2007 incluía un mandato al, entonces, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, para que elaborara, unas directrices que orientaran la evaluación de riesgos y las medidas correctoras en estas circunstancias. Al INSHT se le encomendó la tarea de elaborar dichas pautas sobre promoción de la mejora de la seguridad y salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia. Este documento de directrices

que vio la luz en 2011, está destinado, sobre todo, a orientar la actuación preventiva de los técnicos y de los profesionales sanitarios implicados así como de los empresarios. Por tanto, su principal objetivo es, sobre la base de la normativa vigente, contribuir a hacer efectiva una maternidad segura y saludable en el trabajo, poniendo a disposición de los diferentes agentes unas recomendaciones para la identificación y evaluación de los riesgos y para la puesta en marcha de las correspondientes medidas preventivas.

Sirvan estas reflexiones para ilustrar el hecho de que, más allá de la compleja labor desarrollada por los profesionales médicos, la valoración de “la capacidad psicofísica del individuo para realizar su trabajo sin riesgo para su propia salud o la de otros” es una materia sometida a continuo análisis por parte de las políticas públicas que, con impronta dinámica, se esfuerzan en adaptar los estándares a las características y exigencias de este mundo del trabajo de continente y contenido cambiante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Manual de Tiempos óptimos de incapacidad temporal. INSS; 2013. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/178382.pdf>
2. LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, 10/11/1995.
3. Resolución de 14 de noviembre de 2011, de la Secretaría de Estado de Empleo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 28 de octubre de 2011, por el que se aprueba la Estrategia Global para el Empleo de los Trabajadores y las Trabajadoras de Más Edad 2012-2014 (Estrategia 55 y más). BOE núm. 283, 24/11/2011.
4. Real Decreto 1698/2011, de 18 de noviembre, por el que se regula el régimen jurídico y el procedimiento general para establecer coeficientes reductores y anticipar la edad de jubilación en el sistema de la Seguridad Social. BOE núm. 282, 23/11/2011.
5. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo. INSHT; 2011. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Instituto/Noticias/Noticias_INSHT/2011/ficheros/2011_11_23_DIR_MATER.pdf.

Fichas ocupacionales. Ibermutuamur

Rafael Ramos Muñoz

Director Médico de Contingencias Comunes. Ibermutuamur. Madrid.

Correspondencia

RafaelRamos@ibermutuamur.es

CONSTRUCTOS DESDE MARCO CONCEPTUAL

Utilizando el esquema conceptual recogido en La Prevención del Absentismo en el Lugar de Trabajo, publicado por la Fundación Europea para la Calidad de Vida y de Trabajo en 1997 (Modificado), hemos definido los instrumentos técnicos que se requieren en el conjunto de las variables definidas en el citado esquema.

En el modelo conceptual se plantea la interacción de la carga de trabajo con las capacidades del individuo como un equilibrio que se altera cuando el trabajador presenta problemas de salud, problemas que pueden originar la necesidad de una baja laboral con una posterior vuelta al trabajo.

Afrontamos el análisis de la carga de trabajo mediante la elaboración de Fichas Ocupacionales o herramientas de similares características que permitiesen disponer de información suficiente y ordenada sobre las cargas y requerimientos de las diferentes ocupaciones y grupos ocupacionales, al menos de las más frecuentes. En relación la definición operativa de los Problemas de Salud el planteamiento fue establecer Protocolos de Valoración Funcional. Valoración médica orientada a la determinación de las deficiencias que presentase el trabajador en el momento y durante la baja médica. La orientación de las actuaciones durante el periodo de baja médica y la previsión del retorno al trabajo se establecería mediante una gestión por tiempos estándar de duración. El necesario pronunciamiento sobre la recuperación de la capacidad laboral y la planificación ordenada del retorno al trabajo se efectuaría con sistemas de calificación.

Figura 1



Por otra parte, En las Guides to the Evaluation of Permanent Impairment. Sexta edición coordinada por Robert E. Rondinelli, editadas por la American Medical Association en 2008. En el apartado dedicado al papel y responsabilidad del evaluador. Literalmente:

“En algunos casos la fuente de referencia podría plantear al médico examinador informar sobre el impacto médico de las deficiencias sobre la capacidad individual

para el trabajo de la persona afectada. Esto supera el ámbito de estas guías; sin embargo adquiriendo conocimientos y habilidades adicionales, el médico puede ser capaz de emitir una opinión razonable en ese sentido. Debería adquirir, como mínimo, la comprensión de las FUNCIONES ESENCIALES y diferentes TAREAS de la ocupación específica y cómo la situación médica del paciente interactúa con las DEMANDAS OCUPACIONALES. En muchos casos, el médico puede necesitar la opinión experta de un consultor e integrarla; esta orientación definirá mejor las habilidades funcionales relacionadas con el trabajo, así como las demandas vocacionales de tales determinaciones” (Hemos destacado en mayúsculas los elementos definatorios.)

La integración de ambas líneas de pensamiento se constituyó como base del Programa de Análisis Ocupacional y de construcción de los instrumentos técnicos de evaluación de la capacidad laboral.

Además, en el abordaje de un programa de estas características, se tuvieron en cuenta tanto las experiencias previas de las áreas médicas de la Mutua, como las fortalezas derivadas de las Unidades Especializadas de diagnóstico y tratamiento, así el programa se fundamentó en:

- Apoyo en la experiencia en materia de gestión de las contingencias profesionales.
- Apoyo en la experiencia de seguimiento de procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes.
- Apoyo en los equipos técnicos del Área de Prevención-Mutua.
- Potenciar las fortalezas de apoyo en los servicios especializados de la Mutua (Biomecánica, Rehabilitación Cardíaca...).

Como objetivos programáticos se contemplaban:

- Incorporar la metodología de evaluación de incapacidad laboral e instrumentos de valoración funcional.
- Confluir con la metodología de evaluación desarrollada por la entidad gestora.
- Integración en la Historia Clínica electrónica.
- Aportar información cualificada a los Médicos de Atención Primaria complementando las Propuestas de Alta.
- Desarrollo participativo con Equipos de Trabajo fundamentalmente constituidos por el usuario final (Médico de Control).

EVOLUCIÓN DEL MODELO IBERMUTUAMUR. INSTRUMENTOS TÉCNICOS

El modelo Ibermutuamur se ha construido siguiendo una secuencia definida de instrumentos de apoyo en la toma de decisiones del médico que realiza la evaluación de la situación de incapacidad. Se definió como estadio final la consecución de una historia clínica inteligente, capaz de guiar las etapas de análisis, exploración y determinación de las deficiencias y discapacidades, incorporando de forma continua información disponible en las bases de datos de la historia, asignando los puntos de valoración y los protocolos de aplicación en un marco temporal definido por los tiempos estándar y personalizando por trabajador, definiendo el perfil ocupacional y de episodios previos. Cubiertas las primeras etapas y validadas con la experiencia de los servicios médicos, se evolucionaría a modelos de tipo predictivo, superando los meramente descriptivos.

Algunos de estos instrumentos pudieron desarrollarse en paralelo. Otros como el sistema de calificación requieren de la definición previa de los datos ocupacionales y los grados de limitación.

Así la línea secuenciada de construcción de instrumentos técnicos sería:

Figura 2



FICHAS OCUPACIONALES

El Programa de Análisis Ocupacional se definió como objetivo estratégico de la Dirección Médica de Contingencias Comunes por considerarlas el elemento angular del conjunto de instrumentos técnicos de evaluación y calificación de la capacidad laboral. La información ocupacional orienta la valoración médica en los distintos momentos de evaluación de caso y determina la capacidad del trabajador para afrontar los requerimientos de la ocupación y su posibilidad de retorno al puesto de trabajo. El cruce de información ocupacional y la presencia o ausencia de deficiencias orgánicas constituye el núcleo de la calificación de incapacidad.

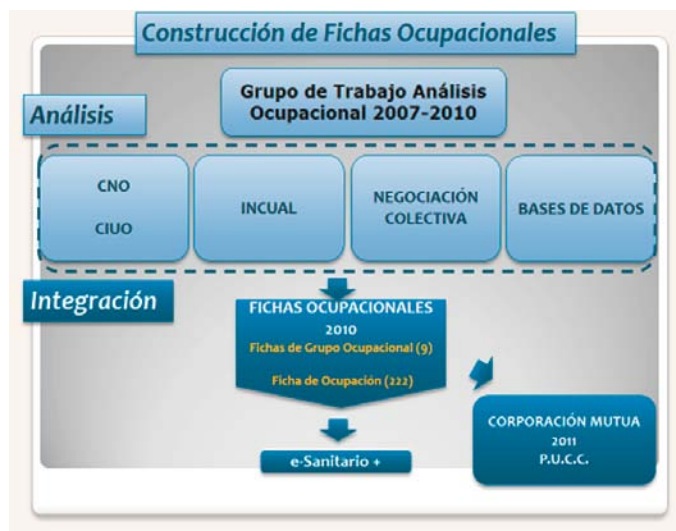
Se consideró esencial incorporar el análisis ocupacional en la práctica médica del control de la incapacidad temporal por contingencias comunes, superando el paradigma diagnóstico.

Se entendió como un proceso que requería la participación del personal médico como principal usuario de los instrumentos técnicos, orientándolos a su práctica diaria, se constituyen los Grupos de Trabajo en 2007.

Se estimó necesario que tuviesen una integración plena en Historia Clínica de Ibermutuamur, orientando todas las actuaciones médicas desde el inicio de gestión del proceso de incapacidad temporal.

El proceso de trabajo del grupo se recoge en el siguiente gráfico:

Figura 3



Objetivos del programa de análisis ocupacional

- Dotar a los Médicos de Control de un conjunto ordenado de información ocupacional sobre las profesiones más frecuentes.
- Integrar en la valoración de las situaciones de incapacidad temporal un conjunto de datos ocupacionales que permitan una aproximación objetiva a los requerimientos y cargas ocupacionales.
- Trabajo de Equipo.

El esquema de desarrollo de los trabajos del Grupo de Análisis Ocupacional arriba indicado, finalizó en 2010 con la edición de un Catálogo que incorporaba 9 Grupos Ocupacionales y 222 Ocupaciones, catálogo que se incorporó a la Historia Clínica Electrónica de Ibermutuamur (eSanitario+) y en 2011 fue adoptado por todas las entidades vinculadas a Corporación Mutua. Como principal código de identificación de las ocupaciones utilizan la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 2011.

Ficha

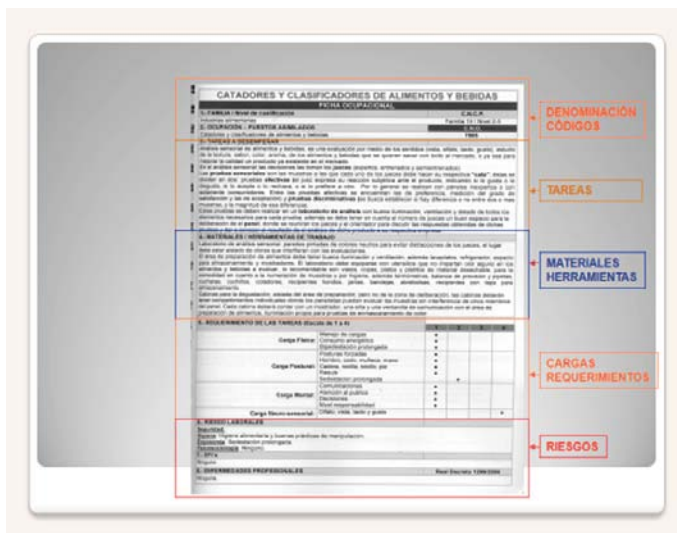
Los elementos definitorios en el diseño de la ficha fueron: Optar por un conjunto agregado de datos a nivel de profesión u ocupación, que permitiese una ágil consulta, optando por una visualización completa en una página, siendo accesible en la historia clínica y sencilla sin excesivos apartados.

Estructura de la ficha

- a) Identificación por Denominación y Códigos (Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales-Catálogo Nacional de Ocupaciones).
- b) Descripción de las Tareas de la ocupación.
- c) Enumeración de los Equipos-Materiales-Herramientas utilizados en la ocupación.
- d) Descripción de las Cargas y Requerimientos.
- e) Enumeración de los riesgos y EPI.
- f) Inclusión o no en algún apartado del Cuadro de EP del RD 1299/2009).

Figura 4

Modelo de ficha



Las cargas ocupacionales se integran en cuatro apartados:

- I. CARGA FÍSICA.
- II. CARGA POSTURAL.

III. CARGA MENTAL.

IV. CARGA NEUROSENSORIAL.

Las cargas se cualifican en grados I a IV por un conjunto de descriptores:

1. Carga Física (en METS y demanda de trabajo muscular).
2. Carga Postural (en tiempo de postura mantenida o tiempo de sollicitación de trabajo articular).
3. Bipedestación (en tiempo de jornada laboral).
4. Sedestación (en tiempo de jornada laboral).
5. Marcha por terreno irregular (en tiempo de jornada laboral).
6. Trabajo en alturas (altura en metros y tiempo de jornada laboral).
7. Manejo de Cargas (valorado por peso de la carga, repetición y porcentaje de tiempo de trabajo).
8. Ritmo de Trabajo (valorado en número de operaciones y capacidad de control-autonomía del trabajador).
9. Trabajo de Precisión (en tiempo de jornada laboral y dimensión de los objetos).
10. Trabajo Nocturno (turnos y tiempo de trabajo).
11. Carga Mental (responsabilidad de las tareas).
12. Percepción de sonido (comunicación oral, comunicación telefónica, atención a público).
13. Percepción de formas, detalles y distancias (lectura de displays, manejo de vehículos).
14. Requerimientos visuales (lecto-escritura, vehículos, instrumentos de precisión, visión nocturna).

PROTOSCOLOS DE VALORACIÓN FUNCIONAL

En el proceso de diseño y elaboración de los Protocolos Médicos, la primera decisión fue definirlos siguiendo el esquema de los baremos de evaluación de deficiencias tanto internacionales como nacionales estructurándolos por aparatos y sistemas orgánicos, así se definieron los siguientes Protocolos:

- I. Nefrología.
- II. Neumología.
- III. Circulatorio (3).
- IV. Neurología.
- V. Digestivo.
- VI. Endocrinología.
- VII. Hematología.
- VIII. Otorrinolaringología y Trastornos del Lenguaje.
- IX. Osteomuscular (3).
- X. Oftalmología.
- XI. Enfermedades mentales.

Entre paréntesis se recogen las subdivisiones de algunos aparatos (ejemplo: Miembro Superior, Inferior...).

El proceso de trabajo del grupo se recoge en el siguiente gráfico:

Figura 5



La construcción de los Protocolos de Valoración Funcional se realizó por un Grupo de Trabajo que integró los protocolos clínicos con pruebas funcionales y diagnósticas utilizadas en los consensos y guías de práctica médica, con una revisión de baremos y tablas de valoración utilizadas en nuestro medio y en el ámbito internacional.

En el marco de las líneas estratégicas de Corporación Mutua se definió una línea de acción en Contingencias Comunes constituyendo un grupo de trabajo que consensuó los Protocolos de Valoración Funcional y Guías Clínicas. Como resultado se adoptó en 2012 un conjunto de Protocolos como anexo del Procedimiento Unificado de Contingencias Comunes. Este conjunto se integró como Instrucción Técnica junto con las Fichas Ocupacionales.

Se mantuvo la estructura de aparatos y sistemas orgánicos y se definieron cuatro grados de limitación funcional.

1. APARATO DIGESTIVO.
2. APARATO OSTEOMUSCULAR:
 - HOMBRO.
 - CODO.
 - MUÑECA.
 - MANO Y DEDOS.
 - CADERA.
 - RODILLA.
 - TOBILLO.
 - PIE Y DEDOS.
 - COLUMNA VERTEBRAL.
3. CARDIOLOGÍA.
4. ENDOCRINOLOGÍA.
5. GENITOURINARIO.
6. HEMATOLOGÍA.
7. NEUMOLOGÍA.
8. NEUROLOGÍA.
9. OFTALMOLOGÍA.
10. ONCOLOGÍA.

- 11. OTORRINOLARINGOLOGÍA.
- 12. TRASTORNOS MENTALES.
- 13. VASCULAR.
 - ARTERIAL.
 - VENOSO.

Anexo

- I. TABLAS DE CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA.
- II. TABLAS PARA EL CÁLCULO DE LA PÉRDIDA AUDITIVA Y LA DEFICIENCIA VISUAL BINOCULAR.

Figura 6

SISTEMA DE CALIFICACIÓN				
	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3	GRADO 4
BALANCE ARTICULAR	Deficit de movilidad de región anatómica hasta el 50%	Deficit de movilidad de región anatómica entre el 50 y el 75%	Deficit de movilidad de región anatómica entre el 75 y el 90%	Deficit de movilidad de región anatómica mayor del 90% (afectación bilateral)
RADICULOPATÍA	No Radiculopatía	Radiculopatía leve	Radiculopatía Moderada	Radiculopatía Severa
ATROFIA MUSCULAR	No	Evidente		Muy evidente
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS*	Normales o alteraciones leves	Alteraciones moderadas	Alteraciones importantes o moderadas - asociada severa	Muy alterado
LIMITACIÓN CAPACIDAD Según requerimiento Ficha ocupacional	Periodo de IT como no genera IT	Pueden ser situaciones de períodos de IT, o en casos de incapacidad permanente para actividades de muy importantes requerimientos sobre el segmento (períodos)	Limitación para actividades que requieren esfuerzos ligeros del segmento físico. Limitación para tareas que precisan elevación de los hombros por encima de la horizontal (mantenencia repetitiva) FICHA	Importante limitación en el ámbito laboral e incluso en las formas muy severas en valorará la necesidad de realizar jornada para las actividades de la vida diaria
CAMBIO POST-TRAUMÁTICOS	En evolución	Acuñamiento sin inestabilidad mecánica o neurológica	Acuñamiento y golf, con ligera inestabilidad	Acuñamiento y golf, con importante inestabilidad
CAMBIO POST-QUIRÚRGICOS	En evolución	Artrosis, sin cambios por diagnóstico en actividades de muy importantes requerimientos sobre el segmento	Hernia discal intervertebral que condiciona un compromiso radicular moderado o más. Cambios post-quirúrgicos (según de técnica) que artrosis, laminectomía o discectomía en actividades moderadas	Hernia discal que condiciona un compromiso radicular importante. Cambios post-quirúrgicos severos (según de técnica) que artrosis, laminectomía o discectomía en actividades moderadas ligeros

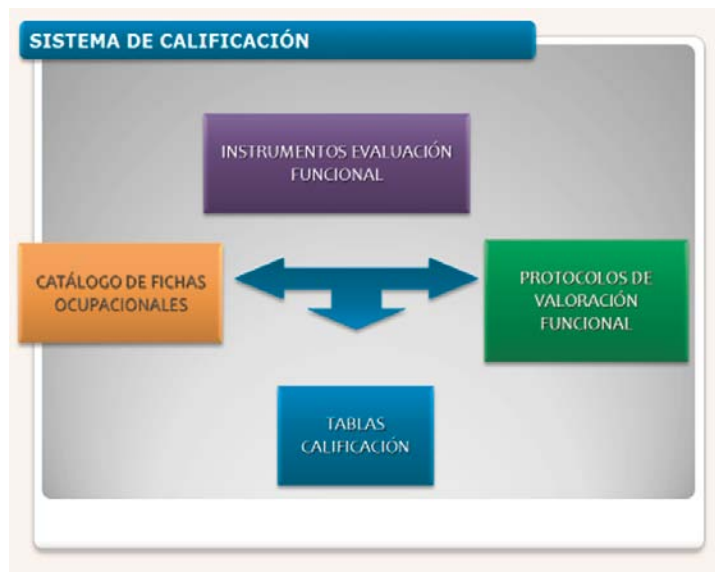
SISTEMA DE CALIFICACIÓN

Desarrollado en Corporación Mutua como instrucción técnica del procedimiento unificado de contingencias comunes en 2012-2013.

El Sistema de Clasificación se conforma como el instrumento que integra la información ocupacional y la evaluación de deficiencias confluyendo en una decisión sobre la capacidad del trabajador para realizar las tareas de la ocupación que desempeña. Define tres posibles situaciones: alta, próxima alta y continúa en baja médica o constituye una situación de incapacidad permanente.

El sistema de calificación orienta a los equipos médicos en la gestión del proceso, aplicándose en los distintos puntos del cronograma de seguimiento, disminuyendo la variabilidad intra e interindividual.

Figura 7



El sistema define descriptores no valorables, los descriptores a valorar y las posibles horquillas de decisión.

Figura 8

GRADOS REQUERIMIENTOS TAREAS		GRADOS VALORACIÓN FUNCIONAL			
		1	2	3	4
CONSUMO ENERGÉTICO	1				
	2				
	3				
	4				
CARGAS	1				
	2				
	3				
	4				
RITMO DE TRABAJO	1				
	2				
	3				
	4				
BIPEDESTACIÓN PROLONGADA	1				
	2				
	3				
	4				
MARCHA POR TERRENO IRREGULAR	1				
	2				
	3				
	4				

Cruzar ambos valores. Al realizar el cruce de ambos grados podremos obtener los siguientes resultados:

- **Código rojo:** valorar alta.
- **Código verde:** valorar alta/continuar en IT. La toma de una u otra decisión se realizaría en función del criterio médico y otros posibles requerimientos.
- **Código azul:** continuar en IT o valorar la posibilidad de propuesta de incapacidad permanente, en aquellos casos en los que limitaciones sean severas.

Figura 9

GRADOS REQUERIMIENTOS TAREAS		GRADOS VALORACION FUNCIONAL			
		1	2	3	4
MANEJO DE CARGAS	1				
	2				
	3				
	4				

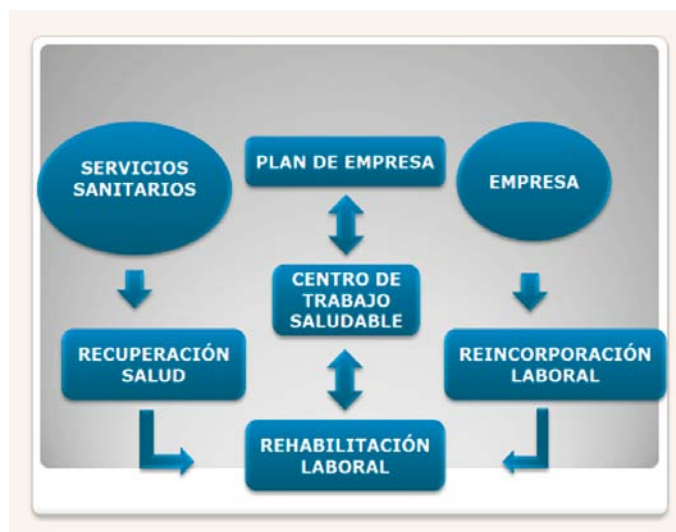
Planes de retorno al trabajo

En el mencionado trabajo sobre absentismo laboral de la Fundación Europea se recogían como buenas prácticas los planes estructurados de retorno al trabajo en las empresas.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud publicó en 2010 el documento: Ambientes de Trabajo Saludables: un modelo para la acción. El documento se especifica que la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores son de fundamental importancia para los propios trabajadores y sus familias, y también para la productividad, la competitividad y la sostenibilidad de las empresas y, por ende, para las economías de los países y del mundo.

Partiendo de las líneas definidas en este texto se elaboró un modelo teórico de actuaciones a nivel de la empresa que desarrollasen desde una perspectiva operativa las interacciones de centro de trabajo y las acciones de los servicios sanitarios en la formulación de planes de retorno al trabajo. El modelo amplía la aproximación histórica al control del absentismo concentrada fundamentalmente en procedimientos de seguimiento médico de la incapacidad temporal, separada de la realidad laboral. Integra el centro de trabajo desde la perspectiva de salud, no solo como un espacio saludable, sino como un posible entorno de rehabilitación ocupacional en condiciones reales controladas.

Figura 10



En concordancia con lo anterior, en nuestro Sistema de Seguridad Social por Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo modificó la Ley General de Seguridad Social, texto refundido aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, se contempló que las Mutuas de AT y EP, podrían destinar una parte de los excedentes obtenidos en la gestión de las contingencias profesionales o de la incapacidad temporal por enfermedad común al establecimiento de sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias comunes de las empresas, siempre que hayan reducido los costes de la incapacidad temporal, por debajo de los límites establecidos y que hayan obtenido una reducción significativa de estos costes como consecuencia de:

- La aplicación de planes pactados en el ámbito de la empresa con la representación de los trabajadores.
- Que modifiquen las condiciones de trabajo.
- Flexibilicen el cambio de puesto de trabajo de los trabajadores afectados por enfermedad común.
- Mejoren el control del absentismo injustificado.

En este marco jurídico era necesario diseñar y aplicar nuevos instrumentos de gestión que integrasen la información ocupacional y la valoración de deficiencias y discapacidades orientándolos no solo a la reintegración con alta médica, sino a una reinserción flexible y progresiva del trabajador a la actividad laboral, mediante la adaptación de las condiciones de trabajo y los cambios de puesto.

Esto se concretaría en Planes individualizados que contemplan el ajuste de puesto, tareas, jornada. Este ajuste sería progresivo, supervisado y reversible.

Figura 11



El plan requiere un completo conocimiento de las tareas y las cargas asociadas, así como su ponderación en el conjunto de la jornada laboral, generando el perfil de demanda sobre aparatos y sistemas orgánicos. Este perfil ocupacional se enfrenta al perfil individual de deficiencias y discapacidades que se su caso presenta el trabajador.

Figura 12



CONCLUSIONES

1. Todos los agentes que intervenimos en la gestión de la IT debemos dotarnos de instrumentos adecuados a la valoración de la actividad laboral.
2. Se deben alcanzar consensos sobre la metodología y los instrumentos técnicos.
3. Debemos potenciar la investigación en estos campos.
4. Los instrumentos de valoración constituyen una herramienta esencial en la gestión de la incapacidad laboral.
5. El Análisis Ocupacional es junto con los Protocolos de Valoración Funcional la piedra angular que permite la calificación de incapacidad.

Ficha de valoración ocupacional para trabajadores en Incapacidad Temporal (IT) en el País Vasco. Valoración de requerimientos del trabajo en pacientes en IT o al alta

Juan Goiria Ormazábal

Jefe del Servicio de Prevención de riesgos Laborales del Ayuntamiento de Bilbao. Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Correspondencia

jgoiria@ayto.bilbao.net

Como dice el *Libro Blanco sobre vigilancia de la salud*, es una actividad propia del ámbito de la medicina del trabajo. Sin embargo, es imprescindible la interdisciplinariedad, puesto que, para llevar adelante esta vigilancia, deberán conocerse las condiciones y riesgos en el trabajo y, a su vez, aportará información capital para la planificación preventiva.

La definición de la vigilancia contiene la idea del seguimiento continuo.

En este sentido los Servicios de Prevención deben coordinar internamente la actividad entre los técnicos de prevención y los sanitarios en el ámbito de la medicina del trabajo identificando, además de los riesgos para el trabajo, las capacidades requeridas para el mismo ya que, en todo caso, a la medicina del trabajo compete la declaración de aptitud para el mismo.

Palabras clave: “aptitud”, “médico-laboral”, “evaluación”, “Adaptación”, “compartir información”, “Incapacidad temporal”, “I. T.”, “Foro”, “Ficha”, “reubicación”, “Bilbao”.

Key words: “aptness”, “medical”, “work”, “evaluation”, “adaptation”, “share information”, “temporary incapacity”, “I. T.”, “Forum”, “Tab”, “relocation”, “Bilbao”.

CONSIDERACIONES PREVIAS

La I. T. no es una cuestión sólo económica, es cuestión de:

1. **Actitud del trabajador**, del Servicio de Prevención, de la propia empresa, del personal sanitario asistencial, de la Inspección Médica, del I. N. S. S., Mutuas, etc. En dicha actitud intervienen factores, además del de la salud, de:

Intereses personales, falta de información compartida por los diferentes agentes que intervienen en la I. T., coyuntura económica, posible adaptación del puesto por la empresa, cuestiones familiares, recursos asistenciales, estructura preventiva, etc.

2. **Aptitud, desde el punto de vista médico-laboral** papel de los servicios de prevención en la actual situación con problemática acentuada en cuanto a la adaptación del puesto de trabajo.

COMPARTIR INFORMACIÓN

Entre los diversos agentes implicados en la IT o la IP es fundamental para:

1. Evaluar por los servicios de prevención la posible relación causal de la patología con el trabajo desarrollado.
2. Evaluar por los médicos de Atención Primaria, Inspección Médica, Médicos del INSS, Médicos de las Mutuas; si la patología que presenta el trabajador le impide desarrollar su trabajo habitual.
3. Evaluar, tras una IT prolongada, por el médico del trabajo la aptitud, así como la posible adaptación.
4. Permite evaluar con mejor conocimiento a los médicos inspectores del INSS, las capacidades requeridas para el trabajo, en el caso de la Incapacidad Permanente.

FORO IT

Creado en el año 2006 con el auspicio de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y el Ayuntamiento de Bilbao.

Objetivo:

- Crear un Foro de discusión científico-médica desde la perspectiva exclusivamente profesional, *no institucional* sobre la problemática de la IT y de los agentes implicados en la misma.

ENTIDADES PARTICIPANTES

- Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.
- Ayto. de Bilbao.
- Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
- Inspección de Trabajo de Bizkaia.
- INSS.
- Mutualia.
- Osakidetza.
- Osalan.
- Servicio de Prevención de Telefónica España.

COMPONENTES DEL FORO

- Coordinador: Dr. Juan Ignacio Goiria (Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao).
- Ayuntamiento de Bilbao: Dra. Begoña Escuza (Jefa de Inspección Médica) y Dra. Nieves Arias (Médico, Técnico del Servicio de Prevención del Ayuntamiento de Bilbao).
- Inspección Médica del Departamento de Sanidad: Dr. Xabier Elexpe (Responsable de los tres territorios), Dr. Valeriano Fuentes (Jefe de Bizkaia), Dr. Enrique Alamillo (Jefe de Gipuzkoa), Dr. Luis Casado, Dr. José Ramón Arambarri, Dr. Juan José Sánchez Ayala (Jefe de Araba).
- Inspección de Trabajo: D. Manuel Velázquez (Jefe de Bizkaia).
- I. N. S. S. Jefes Médicos: Dr. Iñaki Enriquez (Bizkaia), Dr. José Manuel de Vicente (Gipuzkoa), Dra. Delia Marné (Araba).
- I. N. S. S.: D. Jesús Chamero (Subdirector I. N. S. S. Bizkaia I. T.).
- Mutua: Dra. Karmele Araujo, Dr. Victor Etxenagusia.
- Atención Primaria: Dr. Cosme Naveda (Presidente del Colegio de Médicos de Bizkaia), Dr. Carlos Sola (Subdirector de Atención Primaria y Especializada de Osakidetza), D. José Luis Bilbao (Osakidetza), Dr. Iñaki Fraile (Osakidetza).
- Osalan: Dr. Juan Carlos Coto (Jefe de Salud Laboral) y Dr. Pedro Pablo Uriarte (Subdirector de Planificación).
- Telefónica: Dra. Concepción Martín de Bustamante (Directora del Servicio de Prevención de Telefónica España).

De este foro nace una Ficha de Valoración Ocupacional que es asumida por Osalan (Instituto Vasco de Salud Laboral), que mediante Resolución de 28 de Abril de 2009 insta a los Servicios de Prevención, a que faciliten su uso. También existe un compromiso por las Direcciones Provinciales del INSS de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa, para utilizarlas, así como por Osakidetza que la incorpora a Osabide (Historia Clínica).

Esta ficha permite que los médicos que participan en el proceso de la Incapacidad Laboral tengan conocimiento de datos que son necesarios para poder realizar su labor, tanto desde el punto de vista de la capacidad laboral como de las limitaciones que produce la patología.

La ficha consta de las siguientes partes:

1. Datos de filiación.
2. Procedimiento de valoración de incapacidad laboral.
3. Médico que tiene contacto con el paciente y médico al que se solicita reconocimiento médico y ampliación de información.
4. Antecedentes médicos.
5. Historia de procesos anteriores de IT.
6. Exámenes de salud.
7. Resumen de las condiciones de trabajo:
 - Tareas.
 - Posturas.
 - Carga física.
 - Carga mental.
 - Manejo de vehículos.
 - Lugar de trabajo.
 - Condición laboral.

8. Exposición a riesgos laborales.
9. Equipos de protección individual.
10. Formación profesional.
11. Antecedentes de cambios de puesto de trabajo por motivos de salud.
12. Informes médicos complementarios en relación con el proceso de incapacidad laboral actual.

Actualmente está en proceso de revisión en el sentido de incorporar una mejor valoración de aspectos de carga mental, así como una mejor cuantificación de la intensidad de los requerimientos.

Se pretende llegar a un acuerdo institucional en el que participen tanto la Consejería de Trabajo (Osalan), la Consejería de Salud (Inspección Médica y Osakidetza), las Direcciones Provinciales del INSS y las Mutuas para la implementación efectiva del uso de la ficha, así como articular un procedimiento estandarizado que simplifique su uso.

Desde el punto de vista de la protección de datos hay una parte de la ficha que no contiene información médica y, por lo tanto, puede ser trasladada para su uso sin el consentimiento del paciente, es la que se refiere a la parte de "Evaluación de las Capacidades Requeridas para el Trabajo" y que se elabora por el Médico del Servicio de Prevención y que debe ser utilizada, sobre todo, por Atención Primaria, Inspección Médica y Mutuas.

La principal dificultad radica en el conocimiento que es necesario que tengan los Médicos del Servicio de Prevención, de la patología causante de la IT o IP y de sus posibles limitaciones así como de los tratamientos que suponen una merma de las condiciones psicofísicas para poder efectuar correctamente la vigilancia de la salud, sobre todo tras un proceso prolongado de ausencia por motivos de salud.

La vigilancia de la salud, tal como la tenemos configurada en el Ayuntamiento de Bilbao y previo acuerdo del Comité de Seguridad y Salud, establece la obligatoriedad del reconocimiento médico al ingreso al puesto de trabajo, en el reingreso tras un proceso de IT y en colectivos cuya actividad comporte un riesgo para terceros tanto compañeros de trabajo como la ciudadanía.

En el año 2004 se elaboró un Plan de Reubicación por Motivos de Salud que regula el procedimiento y la adaptación al puesto de trabajo en aquellos funcionarios del Ayuntamiento de Bilbao que presentan alteraciones psicofísicas y que ha permitido realizar de forma efectiva una mejor racionalización de la adaptación al puesto de trabajo.

En conclusión, lo más relevante de todo este proceso es que gracias a la colaboración, la implicación y las horas de trabajo de todo el grupo que compone el Foro de la IT, se ha mejorado ya de forma real la valoración de la capacidad laboral de nuestros trabajadores.

PLAN DE EMPLEO PARA LA REASIGNACIÓN DE EFECTIVOS POR RAZONES DE SALUD DEL AYUNTAMIENTO DE BILBAO

En cumplimiento de las Directivas 89/391/CEE, así como del mandato constitucional que insta al desarrollo de una **política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo**, se aprobó la Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, que supone, en el ámbito de las Administraciones Públicas, considerar la prevención frente a los riesgos laborales como una actuación única, indiferenciada y coordinada que debe llegar a todos los empleados públicos sin distinción del régimen jurídico que rijan su relación de servicio, con las salvedades, en lo que a las funciones públicas de policía y servicios operativos de protección civil se refiere, recogidas en la propia normativa.

La planificación de la **actividad preventiva** que de ello se deriva tendrá **carácter integral** y se integrará en el conjunto de actividades y decisiones de la Administración municipal, contando para ello con la **participación de los representantes legales de los empleados públicos** y entendiéndose que las medidas que al respecto se adopten recaen también en beneficio de los ciudadanos usuarios de las dependencias públicas, así como de los servicios proporcionados por dicha Administración.

En este sentido, y tras amplias deliberaciones en el Mesa de Negociación, se considera que la fórmula más adecuada para la regulación la segunda actividad o cambio de adscripción por razones de salud es la aprobación de un **Plan de Empleo de reasignación de efectivos por razones de salud** que, de conformidad con lo establecido en el Art. 22 de la Ley 6/89 de Función Pública Vasca, en la nueva redacción dada por la Ley 22/93, de 29 de diciembre, en la nueva redacción dada por la Ley 16/97, de 7 de noviembre, y Art. 18 de la Ley 30/84, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, en la nueva redacción dada por la Ley 22/93, de 29 de diciembre, que permiten a las Administraciones Públicas, de acuerdo con su capacidad de autoorganización y mediando negociación con la representación sindical, la adopción de programas de racionalización de los recursos humanos adaptado a sus especificidades que **contengan de forma conjunta las actuaciones a desarrollar en esta materia para la óptima utilización de los recursos humanos en el ámbito del Ayuntamiento de Bilbao**, dentro de los límites presupuestarios y de acuerdo con las directrices de la política de personal, contemplando expresamente dicha norma que el Plan podrá contener la medida de reasignación de efectivos de personal, además del establecimiento de cursos de formación y capacitación, concursos de puestos limitados a un ámbito determinado, medidas específicas de promoción interna, la prestación de servicios a tiempo parcial, así como la modificación de estructuras organizativas y de puestos de trabajo, así como incentivos a la baja definitiva en el servicio activo.

Partiendo de la regulación contenida en los Arts. 85 y siguientes del Ley 4/92, de 17 de julio, de Policía del País Vasco y en el Decreto 7/98, de 27 de enero, relativo al pase a segunda actividad de los funcionarios de la Policía del País Vasco, así como en la Ley 1/96, de 3 de abril, del Parlamento Vasco reguladora de la gestión de emergencias, que incluye en sus Arts. 36 a 44 el régimen estatutario del personal de los servicios de prevención y extinción de incendios y salvamento, y en aplicación del mandato contenido en el Punto 27 del Acuerdo Plenario por el que se aprobó el Plan Estratégico de Generación de Empleo en el Ayuntamiento de Bilbao, junto con la Disposición Adicional 4.^a del Reglamento de Medidas de Personal aprobado por Acuerdo Plenario de fecha 30 de octubre de 2002, por el que obliga a regular las fórmulas de mejora, tanto en lo referente a las causas motivadoras del absentismo por licencia de enfermedad común, como a las retribuciones a percibir, así como los mecanismos que posibiliten la adscripción a puestos de trabajo de segunda actividad, a través del presente Plan de Empleo **se establecen las actuaciones que figuran en los puntos siguientes:**

Primero

El objeto del presente Plan de Empleo es la mejora de las condiciones de trabajo, dirigida a **eleva el nivel de protección de la seguridad y salud de los empleados municipales en el trabajo**, mediante la adopción de las medidas oportunas para impedir que ningún empleado municipal desempeñe un puesto en el que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida por el Subdirección de Prevención de Riesgos Laborales puedan ellos, los demás empleados municipales u otras personas relacionadas con la Corporación, ponerse en situación de peligro para su salud o seguridad, así como cuando se encuentren en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo, mediante la **reasignación de efectivos del personal afectado, definitiva o provisional**, a otro puesto en el que no se dé tal situación de peligro y que puedan desarrollar un trabajo acorde con su formación y titulación, incrementando con ello la eficacia de los servicio municipales.

Segundo: Reconocimientos médicos obligatorios

1. Como medio de aplicación de lo dispuesto en el punto anterior, se arbitrarán los procedimientos correspondientes para **evaluar el estado de salud** de los empleados afectados por el contenido del presente acuerdo mediante los correspondientes **reconocimientos o exámenes médicos, que serán obligatorios** cuando resulte imprescindible verificar si el estado de salud del empleado:
 - puede constituir un peligro para el mismo, para los demás empleados o para otras personas relacionadas con la Corporación, como consecuencia de la actividad del citado empleado.
 - cuando sea necesario evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
 - cuando así esté establecido en una disposición legal.

En este sentido, el Comité de Seguridad y Salud del Ayuntamiento de Bilbao, en su reunión de fecha 14 de Marzo de 2000, ha informado ya favorablemente la **aplicación de esta medida** en aquellos colectivos cuya actividad incluya tareas de:

- Conducción de vehículos.
 - Manejo de herramientas o aparatos peligrosos (armas, motosierras, aparatos de soldadura, sierras eléctricas, etc).
 - Trabajo en alturas.
 - Trabajo en condiciones extremas de temperatura, humedad, esfuerzo, etc.
 - Todos aquellos trabajos en los que sus condiciones específicas de horarios, turnicidad etc., así lo haga necesario, previo informe favorable del Comité de Seguridad y Salud del Ayuntamiento.
 - Con carácter general a toda la plantilla: reincorporación al servicio tras una baja por enfermedad de cierta duración o causada por determinadas enfermedades, a fin de evaluar la existencia de posibles secuelas en su estado de salud.
2. Cuando del resultado del reconocimiento médico practicado se desprendiera que el desempeño del puesto de trabajo al que se hallare adscrito hasta entonces genera una **situación de peligro para su salud e integridad física o para la de sus compañeros** o para la de otras personas que se relacionen con él a causa de su trabajo, se procederá a la **reasignación del mismo a un puesto de trabajo acorde a sus condiciones psicofísicas**, y se podrán adoptar medidas de índole disciplinaria en caso de producirse una negativa a someterse a las revisiones físicas y de medicina preventiva, o la incomparecencia injustificada a las citaciones del Tribunal Médico correspondiente.

Tercero: Situaciones a las que se aplica

1. REASIGNACIÓN COMO CONSECUENCIA DE INCAPACIDAD TOTAL PARA SU PROFESION HABITUAL: Se producirá en caso de que sea declarada la Incapacidad Permanente Total y el afectado **no haya cumplido aún los 55 años** de edad y hasta el cumplimiento de dicha edad, llevándose a cabo su **reasignación preferentemente dentro del propio Servicio o Área al que se hallaba adscrito** con anterioridad y, si ello no fuera posible, en otra dependencia municipal en el desempeño de un puesto acorde a su formación o titulación, así como a su capacitación psicofísica. En tal caso, se declarará la jubilación por incapacidad de citado funcionario en su plaza al amparo de lo dispuesto en el artículo 38 de la Ley de la Función Pública Vasca, causando derecho además de a la pensión del 55% de la base reguladora que la Seguridad Social le reconozca, y se procederá a su **nombramiento como funcionario interino temporal** para el desempeño de las funciones que le sean asignadas en función de su patología **en régimen de reducción de jornada**, minorándose las retribuciones que le correspondan en la misma cuantía que importe la prestación de pago periódico que tenga reconocida en concepto de Incapacidad.

En el momento en que dicho funcionario **cumpla los 55 años de edad**, causando derecho a la pensión del 75% de la base reguladora, **se procederá a su cese** como funcionario interino temporal en régimen de reducción de jornada **con derecho al percibo de la indemnización** establecida en el Punto n.º 20 del Plan Estratégico de Generación de Empleo en el Ayuntamiento de Bilbao, calculada conforme a la retribución del puesto que dio origen a la declaración de la Incapacidad Permanente Total.

El funcionario que se encuentre en dicha situación de que sea declarada la Incapacidad Permanente Total y no haya cumplido aún los 55 años de edad, **podrá optar asimismo por el percibo de una indemnización que ponga fin a su relación laboral** con el Ayuntamiento, correspondiente a **2,4 mensualidades** brutas por cada año que le falte hasta cumplir los 55 años de edad, así como de una **mensualidad y media** de salario bruto por cada año que le falte para cumplir los 65 años, además de la cantidad prevista en el Seguro de Vida e Invalidez, de conformidad con lo establecido en el Punto n.º 20 del Plan Estratégico de Generación de Empleo en el Ayuntamiento de Bilbao.

A las indemnizaciones percibidas en este concepto **les será de aplicación lo establecido en el art. 9.d) de la Norma Foral 10/98**, de 21 de diciembre, en cuanto a su exención de contribuir al I. R. P. F. hasta un total de 42 mensualidades al tratarse de un plan estratégico de recursos humanos que persigue los mismos fines.

Cuando el afectado tenga **más de 55 años**, la declaración de tal contingencia **determinará su jubilación forzosa**, que será declarada de oficio al amparo de lo dispuesto en el artículo 38 de la Ley de la Función Pública Vasca, causando derecho además de a la pensión del 75% de la base reguladora que la Seguridad Social le reconozca, al percibo de la indemnización establecida en el Punto n.º 20 del Plan Estratégico de Generación de Empleo en el Ayuntamiento de Bilbao.

2. REASIGNACIÓN COMO CONSECUENCIA DE LIMITACIONES PSICOFÍSICAS, NO SUSCEPTIBLES DE RECUPERACIÓN: En caso de que la **declaración de Incapacidad Permanente Total haya sido desestimada** y se haya agotado la vía legal ordinaria o cuando, según informe de la Subdirección de Prevención de Riesgos Laborales en base a su patología, una persona **padezca unas limitaciones psicofísicas incompatibles con su trabajo habitual**, se acordará la reasignación de la misma en base a los criterios establecidos en el presente Plan de Empleo.

Asimismo se procederá a la reasignación de efectivos en el supuesto de que **no haya habido solicitud** de declaración de Incapacidad Permanente Total por parte del afectado, pese al informe en tal sentido de la Subdirección de Prevención de Riesgos Laborales, con independencia de la posible exigencia de las responsabilidades disciplinarias a que pudiera dar lugar y pasará a percibir las retribuciones propias de puesto que ocupe. En el caso de revisión de la incapacidad o de su grado por mejora, quedará sin efecto la reasignación y deberá reincorporarse al puesto de origen.

3. REASIGNACIÓN POR EDAD: La reasignación por edad de quienes ocupen puestos en los que se desarrollen alguna de las tareas a las que se refiere el Punto Segundo del Plan, **se podrá producir a partir** de la fecha en la cumpla los **55 años de edad**, previo informe médico de la Subdirección de Prevención de Riesgos Laborales que deberá tener en cuenta no sólo la condición psicofísica del afectado, sino también el resultado de la Evaluación de Riesgos de las actividades propias del puesto, teniendo **especial consideración los solicitantes que superen los 60 años de edad**.

Cuando sea instada por el propio afectad@, se exigirá, además del informe aludido en el anterior apartado, la permanencia en situación de servicio activo y prestación de servicios efectivos, durante un período de diez años inmediatamente anteriores a dicha petición.

No obstante lo anterior, si el afectado así lo solicita y se emite el correspondiente **dictamen médico favorable**, **podrá continuar en el desempeño de su puesto originario**, si bien su condición psicofísica será evaluada de forma obligatoria, con la periodicidad que se establezca.

La Corporación, motivadamente, podrá limitar por cada año natural y categoría, el número de funcionari@s que puedan acceder a la reasignación por razón de edad, prorrogando la permanencia en el puesto de origen de quienes, en orden inverso al de la fecha en que cumplan la edad, excedan del cupo así fijado, y, en todo caso, previo informe favorable de la Subdirección de Prevención de Riesgos Laborales.

4. REASIGNACIÓN PROVISIONAL: En caso de padecer limitaciones psicofísicas no susceptibles de declaración como Incapacidad Permanente Total **con posibilidad de recuperación**, la persona afectada deberá, en primer lugar, seguir las indicaciones emitidas por la Subdirección de Prevención de Riesgos Laborales tendentes al restablecimiento íntegro de la salud y si ésta lo permite, **podrá pasar a ocupar un puesto de trabajo acorde con su estado de salud**, mediante su reasignación provisional, siempre que exista la posibilidad de su recuperación, con un máximo de cuatro años y, una vez desaparecidas las causas que motivaron su reasignación, retornará al puesto de trabajo originario. Durante la reasignación provisional, el afectado percibirá las retribuciones propias del puesto al que se halle adscrito.

La negativa del afectado a seguir correctamente las indicaciones emitidas por la Subdirección de Prevención de Riesgos Laborales, determinarán el **traslado forzoso del mismo** a un puesto adecuado a su estado de salud, con independencia de la responsabilidad disciplinaria que, en su caso, pudiera serle exigida.

Cuarto: Régimen retributivo

En el cuanto a la **Policía Local**, el art. 88.3 de la Ley 4/92, de 17 de julio, de Policía del País Vasco, garantiza que, durante la permanencia en la situación de segunda actividad, **percibirán las retribuciones básicas, las de carácter personal que tuvieran reconocidas y las complementarias asignadas al puesto que ocupen** y, en el caso de haber sido declarados en situación de incapacidad permanente, las complementarias que le correspondan se minorarán en la misma cuantía que importe la prestación de pago periódico que tengan reconocida.

En el caso de los funcionarios del cuerpo de **Bomberos**, la Ley 1/96, de 1 de abril, de gestión de emergencias, regula los servicios de prevención y extinción de incendios y salvamento y las especificidades del régimen estatutario de sus miembros, estableciendo en su art. 40.3 relativo a la segunda actividad, expresamente que el pase a la segunda actividad **no representará una disminución de las retribuciones básicas ni del grado personal** de los afectados.

Teniendo en cuenta dicha regulación, se establece que los funcionarios **percibirán las retribuciones básicas** correspondientes a su categoría y aquellas de carácter personal que tuvieran reconocidas, incluidos los **trienios y el grado personal consolidado**, así como el **complemento específico asignado en la Relación de Puestos de Trabajo al puesto de trabajo que ocupen**. Los funcionarios que sean reasignados como **consecuencia de un accidente laboral**, percibirán **la totalidad de las retribuciones** correspondientes al puesto de procedencia.

Las retribuciones a percibir por un empleado municipal afectado por una reasignación, tanto sea definitiva como provisional, en ningún caso superarán las percibidas, por todos los conceptos, en su puesto originario. A estos efectos, el personal afectado asume la **obligación de comunicar a la Corporación cualquier modificación que se produzca en la cuantía de las prestaciones económicas** reconocidas por el órgano competente, a fin de respetar el límite establecido en el párrafo anterior.

Asimismo los afectados por lo establecido en el Presente Plan de Empleo, que **reúnan los requisitos para acceder al percibo de algún tipo de prestación o subsidio** regulado en el régimen público de previsión social, en atención a su estado de salud o de su edad, tales como el incremento al 75% de la pensión por incapacidad total o alguna de las modalidades de jubilación (anticipada o no, parcial o total a partir de la edad mínima establecida, en estos momentos, en 60 y 65 años, respectivamente) etc, **deberán realizar**

la tramitación necesaria para ello, y si no lo hicieran pasarán a percibir única y exclusivamente las retribuciones básicas correspondientes a su categoría y aquellas de carácter personal que tuvieran reconocidas, perdiendo todos los derechos y garantías de índole retributiva recogidas en este Plan.

A tales efectos, el percibo de una prestación por jubilación parcial podría ser compatible con una ocupación a tiempo parcial en la propia Corporación en similares términos a los establecidos para la Incapacidad Total de los menores de 55 años.

Quinto: Procedimiento de reasignación

- a) **Iniciación:** el procedimiento podrá iniciarse de oficio o a instancia del interesado. El orden de preferencia será, en primer lugar, las personas que requieran la misma como consecuencia de accidente o enfermedad laboral; segundo, consecuencia de incapacidad física y, tercero, por edad.
- b) **Tribunal Médico:** la evaluación de la discapacidad será efectuada por la Subdirección de Prevención de Riesgos Laborales y, en caso de que el interesado no se hallase conforme con el dictamen emitido por éste, corresponderá a un Tribunal Médico su resolución. También se podrá solicitar el dictamen del Tribunal Médico por los Servicios Médicos Municipales en función de la patología que presente una persona, al objeto de que la misma sea evaluada por el Tribunal. Dicho Tribunal estará compuesto por tres facultativos, dos de los cuales se designarán por la Corporación y otro por la representación sindical del Comité de Seguridad y Salud, y podrá recabar la participación de aquellos especialistas que estime precisos para el correcto ejercicio de sus funciones, y disponer la práctica de cuantas pruebas, reconocimientos o exploraciones médicas considere necesarias a tal fin.
- c) **Reconocimiento médico:** el Tribunal Médico procederá a citar al interesado para su reconocimiento, estando éste obligado a comparecer ante aquél y someterse a dicho reconocimiento. Si el interesado justificase, mediante certificado médico oficial del médico que lo atiende, estar impedido para personarse ante el Tribunal Médico, éste podrá proveer lo necesario para que sea examinado en su domicilio o en el centro sanitario donde se hallase internado. Si no compareciera y no justificase suficientemente su incomparecencia, se le reiterará por una sola vez la convocatoria, y de no comparecer ni justificar la causa que se lo impida, el Tribunal Médico podrá emitir dictamen si considera suficiente la documentación obrante en el expediente, poniendo la conducta del empleado público en conocimiento de los órganos competentes a efectos de depurar las responsabilidades disciplinarias en que hubiera incurrido. Caso de haberse iniciado el expediente a instancia de parte y no comparecer al reconocimiento el interesado, se declarará su caducidad.
- d) **Dictamen del Tribunal Médico:** Los dictámenes emitidos por el Tribunal Médico vincularán al órgano competente para declarar la reasignación, y se pronunciarán de forma clara, expresa y concluyente sobre los extremos siguientes:
 1. La existencia o no de una insuficiencia o disminución apreciable de las facultades físicas y/o psíquicas necesarias para el pleno desempeño de las tareas propias de la categoría, y, en caso de apreciarla, si la misma impide o no la eficaz realización de las tareas fundamentales de la plaza.
 2. La pertinencia de la reubicación del afectado y si ésta ha de ser provisional o definitiva.
 3. Qué condiciones y características deben reunir los puestos a desempeñar por el afectado, teniendo en cuenta la Evaluación de Riesgos correspondiente.Si el interesado mostrase su disconformidad con dicho dictamen alegando otros informes o dictámenes médicos, se dará traslado de los mismos al Tribunal Médico, el cual, a la vista de los mismos, y tras realizar, en su caso,

cuantas comprobaciones y exploraciones complementarias considere necesarias, se ratificará en su anterior dictamen o emitirá uno nuevo.

- d) **Resolución:** A la vista del dictamen emitido y el resto de documentación obrante en el expediente, el órgano competente dictará la resolución que proceda en un plazo máximo de cuatro meses contados a partir de la fecha de su iniciación, sin perjuicio de las posibles ampliaciones de dicho plazo que puedan proceder.

Sexto: Procedimiento de provisión de puestos

En caso de existencia de diversos afectados en igualdad de condiciones para un mismo puesto de trabajo, se podrá realizar un **Concurso específico** en el que se valorarán, con relación al puesto o puestos de trabajo que se trate de proveer, los méritos que se contengan en la correspondiente convocatoria, entre los que deberán figurar: antigüedad, grado personal, formación en las materias propias del puesto a proveer, euskera, desempeño de puestos anteriores relacionados con las funciones propias del puesto a proveer.

Opcionalmente podrá incluirse la realización de pruebas de carácter práctico, Memorias, entrevistas personales, realización de cursos de formación para adquirir conocimientos necesarios para el desempeño del puesto o período de prácticas por un máximo de seis meses. Su Resolución deberá ser comunicada al Subdirección de Prevención de Riesgos Laborales en el Trabajo y al Comité de Seguridad y Salud.

En el supuesto de que la situación organizativa o de las plantillas no permita ocupar puestos de reasignación por razones de salud, el interesado permanecerá en situación de servicio activo en expectativa de destino hasta su adscripción a un nuevo puesto de trabajo, percibiendo la totalidad de las retribuciones que le correspondan.

Séptimo: Catálogo de actividades

- a) A propuesta de la Subdirección de Prevención de Riesgos Laborales y, previo informe favorable del Comité de Seguridad Laboral del Ayuntamiento, se establece un Catálogo de Actividades que servirá de referencia obligada a la hora de adoptar una resolución sobre la reasignación por motivos de salud o edad de cualquier empleado municipal.
- b) La organización, estructura y métodos de trabajo de la totalidad de las Áreas y Servicios deberán permitir, de acuerdo con el principio de eficacia y demás principios inspiradores del presente Plan de Empleo, la existencia de puestos susceptibles de ocupación por reasignación de sus propios efectivos, acordes con su titulación y su capacitación profesional.
- c) Cuando lo anterior no sea posible, por el Área o Servicio se intentará tal reasignación mediante su adscripción a otros puestos dentro del mismo o, en su caso, solicitará su traslado a otra dependencia mediante petición motivada y se recabará informe de la Subdirección de Prevención de Riesgos Laborales previo a su resolución.
- d) La Corporación negociará con la representación sindical con ocasión de la aprobación de la Plantilla y Relación de Puestos de Trabajo y consiguiente Oferta de Empleo Público, la reposición de los puestos que hayan quedado vacantes como consecuencia de la aplicación de lo establecido en el presente Plan de Empleo.

Octavo: Formación continua

La Corporación deberá incluir dentro del Plan de Formación continua que anualmente apruebe, las previsiones pertinentes a fin de que las enseñanzas que resulten necesarias para la viabilidad de este Plan Empleo, y que posibiliten la reubicación en las mejores condiciones para los afectados y para los servicios municipales, sean impartidas al personal afectado.

FICHA EVALUACIÓN CAPACIDAD LABORAL	Fecha:
	Revisión: 00

DATOS DE FILIACIÓN	
Apellidos y Nombre	
DNI-PASAPORTE-NIF	
Teléfono de contacto	
Nº afiliación Seguridad Social	/
Osakidetza-SVS Nº TIS Otras Mutualidades	<input type="checkbox"/> especificar
Puesto de Trabajo	
Ocupación	CNO a tres dígitos
Empresa (razón social)	
Empresa (actividad económica)	CNAE a tres dígitos
Servicio de Prevención Teléfono de contacto	Especificar Nº
Fecha	

PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN DE INCAPACIDAD LABORAL		<input type="checkbox"/>
Incapacidad Temporal	<input type="checkbox"/>	
Incapacidad Permanente	<input type="checkbox"/>	
Iniciado Por	Dirigido a	
Apellidos y nombre del/la médico/a: Fecha y firma:		
Médico/a de Familia <input type="checkbox"/>	Médico/a de Familia	<input type="checkbox"/>
Inspector/a Médico/a <input type="checkbox"/>	Inspector/a Médico/a	<input type="checkbox"/>
Médico/a del INSS <input type="checkbox"/>	Médico/a del INSS	<input type="checkbox"/>
Médico/a del Servicio de Prevención <input type="checkbox"/>	Médico/a del Servicio de Prevención	<input type="checkbox"/>
Médico/a de la USL de Osalan <input type="checkbox"/>	Médico/a de la USL de Osalan	<input type="checkbox"/>
Médico/a de la Mutua (MATEPSS) <input type="checkbox"/>	Médico/a de la Mutua (MATEPSS)	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES MÉDICOS		<input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICOS		
CIE-9	Región anatómica afectada	
CIE-9	Región anatómica afectada	
Apellidos y nombre del/la médico/a:		
Fecha y firma:		

HISTORIA DE PROCESOS ANTERIORES DE IT	<input type="checkbox"/>
- Contingencias comunes <input type="checkbox"/> diagnóstico CIE-9 periodo de duración <input type="checkbox"/> días <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> años - Contingencias profesionales <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo (AT) diagnóstico CIE-9 periodo de duración <input type="checkbox"/> días <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> años Enfermedad Profesional (EP) diagnóstico CIE-10 periodo de duración <input type="checkbox"/> días <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> años - Incapacidad permanente <input type="checkbox"/> especificar diagnóstico CIE-9	
INFORME DEL MÉDICO DEL TRABAJO	<input type="checkbox"/>
Apellidos y nombre del Médico: Fecha y firma:	
EXÁMENES DE SALUD Inicial <input type="checkbox"/> especificar el protocolo aplicado y la fecha Periódico <input type="checkbox"/> especificar el protocolo aplicado y la fecha De Reingreso tras IT <input type="checkbox"/> especificar el protocolo aplicado y la fecha	
RESUMEN DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO	
Denominación del puesto Profesión – CNO Actividades – Empresa Tareas que realiza (descripción)	
POSTURAS (recogido de la evaluación de riesgos) De pie <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Agachado <input type="checkbox"/> Tumbado <input type="checkbox"/> De rodillas <input type="checkbox"/> Brazos extendidos <input type="checkbox"/> Brazos levantados <input type="checkbox"/> Flexión del tronco <input type="checkbox"/> Flexo-extensión <input type="checkbox"/> Torsión <input type="checkbox"/>	
MANEJO DE VEHÍCULOS Y MÁQUINAS Coche <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Furgoneta <input type="checkbox"/> Camión <input type="checkbox"/> Tractor <input type="checkbox"/> Maquinaria pesada <input type="checkbox"/> Dumper <input type="checkbox"/> Carretilla elevadora <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> especificar	
CARGA FÍSICA: - Baja <input type="checkbox"/> - Moderada <input type="checkbox"/> - Intensa <input type="checkbox"/>	
CARGA BIOMECÁNICA <i>Si la casilla a rellenar es SI incluya valoración del 1 al 5 según intensidad y duración.</i>	
a) Columna si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/> b) Hombro si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/> c) Codo si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/> d) Mano si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/> e) Cadera si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/> f) Rodilla si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/> g) Tobillo/pie si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidad visual si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ▪ Capacidad auditiva si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ▪ Trabajo de precisión si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ▪ Utilización de equipos de trabajo pesados: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilización preferente del Tren superior <input type="checkbox"/> del Raquis <input type="checkbox"/> del Tren Inferior <input type="checkbox"/> ▪ Movimientos repetitivos: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ▪ Manipulación manual de cargas: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ▪ Uso de equipos de protección individual obligatorios <input type="checkbox"/> especificar 																				
<p>CARGA MENTAL:</p> <p>Trabajo con PVD <input type="checkbox"/> Tareas de mando <input type="checkbox"/> Atención al público <input type="checkbox"/></p> <p>Otras <input type="checkbox"/> especificar</p> <p><i>Si la casilla a rellenar es SI incluya valoración del 1 al 5 según intensidad y duración .</i></p> <p>Comunicación si <input checked="" type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/></p> <p>Atención al público si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/></p> <p>Toma de decisiones si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/></p> <p>Atención/complejidad si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/></p> <p>Apremio si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/></p> <p>Percepción si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/></p> <p>Comprensión oral y escrita si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/></p> <p>Razonamiento si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/></p> <p>Control emocional si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/></p> <p>Relaciones psicosociales si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/></p> <p>Funciones ejecutivas si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/></p> <p>Capacidad de juicio e introspección si <input type="checkbox"/> Nivel - no <input type="checkbox"/></p>																				
<p>HORARIO DE TRABAJO (describir)</p> <p>Jornada continua <input type="checkbox"/> Jornada partida <input type="checkbox"/> Turnicidad <input type="checkbox"/> Nocturnidad <input type="checkbox"/> Jornadas especiales <input type="checkbox"/></p>																				
<p>LUGAR DE TRABAJO</p> <p>A la intemperie <input type="checkbox"/> Nave <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Obra <input type="checkbox"/> Buque <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> especificar.....</p>																				
<p>CONDICIÓN LABORAL</p> <p>Fijo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> A tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Discontinuo <input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/></p> <p>Funcionario/Estatutario <input type="checkbox"/> Desocupado <input type="checkbox"/> Trabajo Centro Especial de Empleo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> especificar</p>																				
<p>CONDICIONES ESPECIALES DEL TRABAJO</p> <p>Requerimientos específicos de aptitud especificar</p> <p>Manejo de armas si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Trabajos aislados especificar</p> <p>Trabajos muy prolongados especificar</p> <p>Trabajos con riesgo vital especificar</p> <p>Trabajos monótonos especificar</p> <p>Trabajos con automatización especificar</p>																				
<p>EXPOSICIÓN A RIESGOS LABORALES</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Físicos</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Especificar</td> </tr> <tr> <td>Químicos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Especificar Frases R.</td> </tr> <tr> <td>Biológicos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Especificar</td> </tr> <tr> <td>Ergonómicos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Especificar</td> </tr> <tr> <td>Psicosociales</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Especificar</td> </tr> <tr> <td>De Seguridad</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Especificar</td> </tr> </table>			Físicos	<input type="checkbox"/>	Especificar	Químicos	<input type="checkbox"/>	Especificar Frases R.	Biológicos	<input type="checkbox"/>	Especificar	Ergonómicos	<input type="checkbox"/>	Especificar	Psicosociales	<input type="checkbox"/>	Especificar	De Seguridad	<input type="checkbox"/>	Especificar
Físicos	<input type="checkbox"/>	Especificar																		
Químicos	<input type="checkbox"/>	Especificar Frases R.																		
Biológicos	<input type="checkbox"/>	Especificar																		
Ergonómicos	<input type="checkbox"/>	Especificar																		
Psicosociales	<input type="checkbox"/>	Especificar																		
De Seguridad	<input type="checkbox"/>	Especificar																		

INFORME MÉDICO – ENFERMEDAD ACTUAL		<input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICOS		
CIE-9	Región anatómica afectada	
CIE-9	Región anatómica afectada	
Tratamiento al que está siendo sometido		
Apellidos y nombre del/la médico/a:		
Fecha y firma:		
ANTECEDENTES DE CAMBIO DE PUESTO DE TRABAJO POR MOTIVOS DE SALUD		
Discapacidad	<input type="checkbox"/>	Descripción breve
Adaptación-cambio a otro puesto de trabajo	<input type="checkbox"/>	Descripción breve
Adaptación al mismo puesto de trabajo	<input type="checkbox"/>	Descripción breve
INFORMES MÉDICOS COMPLEMENTARIOS EN RELACIÓN CON EL PROCESO DE INCAPACIDAD LABORAL ACTUAL		
DIAGNÓSTICOS		
CIE-9	Región anatómica afectada	
CIE-9	Región anatómica afectada	
CIE-9	Región anatómica afectada	
EN CASO DE NEGATIVA EXPRESA DEL TRABAJADOR A FACILITAR INFORMACION SOBRE PATOLOGIA CAUSANTE DE IT, RESEÑAR PARA EL MEDICO DEL SERVICIO DE PREVENCION A VALORAR EN REINGRESO TRAS IT:		
LIMITACIONES FUNCIONALES		
En caso de presentarlas , descripción en cuanto a la realización de las tareas de su puesto de trabajo		
SERVIDUMBRE TERAPEUTICA		
En caso de tratamiento , descripción si el mismo altera las capacidades psicofísicas para la realización de las tareas descritas		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Don/Doña _____, informado/a del contenido, uso y transmisión de la información de esta Ficha, autoriza la cesión y uso a todos/as los/as facultativos/as de las instituciones y/o entidades que figuran en el apartado-cuadro segundo del presente documento.

Fecha:

Firma:

Pd.:

Se elaborará un pequeño manual para la elaboración de la ficha

Se incluirá la información sobre Ley de Protección de Datos así como la advertencia legal sobre la veracidad de los datos incluidos en la ficha.

MEDICINA *y* SEGURIDAD *del trabajo*

II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social

Madrid, 7 y 8 de noviembre de 2013

Ponencias

Mesa 5

INCAPACIDAD Y APTITUD LABORAL. NUEVAS SINERGIAS ENTRE MEDICINA EVALUADORA Y MEDICINA LABORAL. HISTORIA CLÍNICA LABORAL ÚNICA. LA INCAPACIDAD LABORAL, UN CONTINUO EVOLUTIVO

MODERA:

M.^a Victoria Garrido Manzano

Médico Inspector INSS. Dirección Provincial de Castellón.

PONENTES:

César Eloy Díaz Salazar

Médico Inspector INSS. Dirección Provincial de Sevilla.

Iñaki Korta Murua

Jefe del Área Sanitaria del Servicio de prevención de C.A.F. S.A. País Vasco.

Fernando García Benavides

Cátedra MC Mutual. Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL). Barcelona.

MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

Reflexiones sobre la incapacidad y aptitud laboral. Nuevas sinergias entre medicina evaluadora y medicina laboral. Historia clínica laboral única. La incapacidad laboral, un continuo evolutivo

César Eloy Díaz Salazar

Médico Inspector INSS. Dirección Provincial de Sevilla.

Correspondencia

cesar-eloy.diaz@seg-social.es

Resumen

Numerosos agentes intervienen en la gestión de la incapacidad laboral, tanto temporal como permanente, y se hace necesario una actuación sinérgica entre todos ellos; del mismo modo, se considera que existen posibles actuaciones o cambios que pueden ayudar a disminuir el gasto y duración de los procesos, y proceder a la reincorporación laboral lo antes posible y de la forma más beneficiosa para el paciente, y, por ende, para la sociedad.

Palabras clave: *Incapacidad Laboral; Sinergia; Parcial; Evaluación; Valoración.*

Abstract

Many actors involved in the management of both temporary like permanent disability, a synergistic action between them is necessary. In the same way, it is considered that there are possible actions or changes that can help reduce the cost and duration of processes, and proceed to return to work as soon as possible and in the most beneficial way for the patient, and therefore to society.

Keywords: *Disability Employment; Synergy; Part; evaluation; rating.*

En un escenario socio-económico-laboral como en el que nos encontramos en estos momentos, con cambios de muy diversa índole a nuestro alrededor, parece muy conveniente realizar una reflexión sobre la situación actual de nuestra actividad evaluadora de la capacidad laboral de los trabajadores que acuden a nuestra consulta.

Recordemos que en este mundo de la valoración de la capacidad laboral de los trabajadores estamos involucrados numerosos organismos (servicio público de salud, servicio de prevención, mutuas, empresas colaboradoras, Instituto Nacional de la Seguridad Social, etc.) y profesionales (médicos de atención primaria, médicos inspectores del servicio público de salud, médicos inspectores del Instituto Nacional de la Seguridad Social, médicos de los servicios de prevención, médicos del trabajo de Mutuas, etc.).

Y no debemos olvidar que, para que en una máquina funcione bien, debe estar todo bien engranado y lubricado, y que todos sus elementos actúen de forma sinérgica, trabajando en conjunto, esperando que se produzca el fenómeno en el cual el efecto de la influencia o trabajo de dos o más agentes actuando en conjunto es mayor al esperado considerando a la suma de las acciones de los agentes por separado.

Así pues, todos formamos un sistema, un conjunto de componentes interrelacionados y que intenta alcanzar uno o más objetivos (en nuestro caso, la valoración de la capacidad laboral más objetiva posible), y que actúa con sinergia si esos objetivos se alcanzan con creces, si el resultado es mayor o mejor que el que se hubiera podido conseguir por cada elemento por separado.

Y si nos pudiéramos considerar, o quisiéramos ser como y actuar como una organización sinérgica, no podríamos realizar nuestra función sin depender unos de otros y sin que existiera un trasvase de información entre todos nosotros.

Recordemos que la Organización Mundial de la Salud tiene entre sus objetivos prioritarios el de reducir el gasto en bajas laborales, por lo que muchos países, entre los que se incluye el nuestro, están desarrollando políticas sanitarias y de protección social que puedan conseguirlo.

El gasto de la Incapacidad Temporal ha ido evolucionando a lo largo de los años, sufriendo incrementos progresivos, teniendo una enorme repercusión en costes y consumo de recursos del sistema sanitario, de prestaciones y en el mercado laboral, y, lógicamente, todo ello acentuado en estos tiempos de crisis.

Y esto ocurre a pesar de las diversas medidas tomadas para racionalizarlo, de las reformas legislativas dentro del marco de la Ley General de Seguridad Social, y de los convenios que se han ido firmando con las Comunidades Autónomas (intercambio de información, formación a los profesionales implicados, programas de control de ciertas patologías y del coste/afiliado/mes, días de baja laboral/afiliado, etc.), a lo largo de los últimos veinte años, y que tan solo han conseguido disminuirlo en contadas ocasiones y de forma temporal.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social elaboró en 2003, y actualiza periódicamente, el Manual de Actuación para Médicos del INSS, con el fin de disponer de una herramienta de consulta que, aplicando sus criterios a la valoración médica funcional de la capacidad laboral (en la que interviene múltiples factores ligados a la propia patología del enfermo, al modo en que se presenta, a la diversidad de medidas terapéuticas susceptibles de aplicar, al tipo de trabajo que se realiza, a la forma y la actitud de la persona ante la enfermedad, etc.), ayude a la valoración de la forma más objetiva y homogénea posible.

En la misma línea, y ya en el 2004, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en cumplimiento de lo establecido en la legislación de prestaciones económicas, editó una herramienta de respaldo técnico, una guía y orientación en la toma de decisiones para la decisión facultativa correspondiente en la valoración de la procedencia o no, y de la duración estimada en su caso en el control de la IT.

Se trata del Manual de tiempos estándar de incapacidad temporal, al que se definió como el tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad temporal para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador.

Con el paso de los años se ha avanzado en la gestión de esta prestación de la Seguridad Social y en los sistemas informáticos disponibles, por lo que se ha procedido a la especificación de estos tiempos medios ajustándolos por edad y ocupación del trabajador (según la Clasificación Nacional de Ocupaciones del 2011), llegando al concepto de Tiempo Óptimo de IT, tratando con ello de homogeneizar criterios en las actuaciones médicas de seguimiento y control, en la toma de decisiones.

Y, ya de forma más reciente, se ha procedido a realizar y actualizar otras publicaciones (Guía de Valoración Profesional, Guías de Riesgo durante el Embarazo y la Lactancia Natural, etc.) que siguen pretendiendo ser herramientas para ayudar al Médico Inspector Evaluador del INSS (y a todos los demás profesionales implicados en el proceso de valoración de la incapacidad laboral), a facilitar su trabajo y mejorar el servicio que se presta a los pacientes y a la Sociedad.

Recordemos que la Ley General de la Seguridad Social define como situaciones determinantes de Incapacidad Temporal las debidas a enfermedad, común o profesional, o accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días, cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación.

Cuando un trabajador padece una enfermedad o lesión que merma su estado de salud (resultado de una mezcla de funcionamiento social, psicológico y fisiológico) y lo sitúa en Incapacidad Laboral, ésta puede considerarse como Temporal (si es previsible su reincorporación por curación o mejoría en un tiempo “prudencial”, con el tratamiento) o Permanente (si no es previsible su reincorporación en ese tiempo “establecido”), y las Incapacidades Temporales pueden terminar en una recuperación total o no, en cuyo caso nos encontraríamos ante la “secuela no incapacitante” o la pérdida parcial de su capacidad de trabajo, pudiendo ser necesaria una adaptación o cambio de puesto de trabajo por las deficiencias estables que ha quedado, haciendo posible la reinserción por las capacidades restantes.

Así pues, los elementos definitorios de la Incapacidad Temporal son la situación de enfermedad, la necesidad de recibir asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la incapacidad para el trabajo, y, al ser éste el elemento clave en relación con la percepción de las prestaciones económicas del Sistema de Seguridad Social, la valoración objetiva de la capacidad laboral constituye el principal elemento de control.

La finalidad última de la Incapacidad Temporal es la recuperación del paciente para conseguir su retorno al trabajo, lo que acarrea unos beneficios para el enfermo, para la familia, para la empresa, para la Sociedad, mayores cuanto más rápida sea esa vuelta; además, existen estudios que demuestran que cuanto más dura esta situación, más difícil es el retorno, lo que redundaría en esa idea.

Y recordemos también que esta interrupción de la aptitud para el trabajo ha podido derivar de un hecho acaecido bien en el ambiente laboral (contingencia profesional) o bien en la vida extra-laboral (contingencia común), circunstancias ellas que también tienen sus matices o influencias en el devenir del proceso patológico.

En toda esta maraña, además, hay una serie de factores individuales-personales (ocupacionales, familiares, psico-socio-culturales), socio-laborales (organización de la empresa, política social del subsidio de incapacidad temporal, características de mercado laboral, etc.) y culturales-demográficos (uso y percepción de la prestación) que pueden influir en su aparición (de ahí las propuestas de prevención de la incapacidad, de cuidar del trabajador), mantenimiento y terminación.

Es esta situación de “incapacidad”, el trabajador o paciente pierde su capacidad de ganancia, y la Sociedad, el Estado del Bienestar, lo socorre con la prestación económica que suple (total o parcialmente) esa pérdida de retribución salarial, aunque no podemos olvidar que a la Sociedad también le supone un coste muy importante (pérdida de horas de trabajo, disminución de la productividad, gastos asistenciales y económicos por prestación, etc.).

En este momento conviene recordar que, generalmente, es el médico de atención primaria el que inicia todo este proceso mediante la emisión de un parte de baja, tras el reconocimiento del trabajador enfermo o lesionado, y que ello, aunque muchas veces pase desapercibido, es una prescripción de tratamiento (reposo), y esto se continua con los correspondientes partes de confirmación.

Desgraciadamente, esta actuación médica muchas veces no es sentida como tal por el médico, sino que es una demanda más del paciente, que frecuentemente sitúa al médico de atención primaria (principal gestor del inicio y mantenimiento de la Incapacidad Temporal) en dilemas éticos (principio de beneficencia, autonomía y justicia).

A este respecto, ya la Asamblea General de la Organización Médica Colegial, en mayo del 2001, especificó que el médico está obligado a expedir los partes de baja, de confirmación y de alta con autenticidad y veracidad, y que su control (por los médicos inspectores, por ejemplo) no puede estar motivado por la incentivación económica). El paciente que lo necesite, debe recibir toda la ayuda sanitaria y económica que le corresponda, pero no más, ya que lo contrario significaría sustraer recursos para otros casos que puedan necesitarlo por estar en su misma situación o incluso peor. Así, el principio de justicia es el que debe primar sobre los demás, al ser los recursos limitados. Existen diversos estudios que hablan de abuso (hasta el 30% de los casos) de esta prestación, bien por no estar indicado el reposo o bien por prolongarlo en el tiempo más de lo necesario.

Pero las medidas dirigidas a controlar y racionalizar el gasto de la Incapacidad Temporal, han ido encaminadas, en general, al control sobre la procedencia o no de la baja laboral, y nosotros consideramos que existen otros tipos más adecuados de medidas que podrían influir en su aparición y/o duración (actuación precoz sobre el trabajador enfermo, para rehabilitarlo y reintegrarlo, incluso de forma progresiva, al mercado laboral lo antes posible, para acelerar el proceso de curación y acortar el periodo de Incapacidad Temporal, para readaptar al binomio trabajador-puesto, mejorar las condiciones de trabajo, disminuir la incapacidad permanente, el absentismo laboral, etc.).

Podríamos pensar que no se puede ayudar a todos los trabajadores enfermos con estas medidas, y que, para no discriminar, no se debería hacer; pero la intención sería dirigirlas hacia los más desfavorecidos, hacia los que pudiéramos considerar susceptibles de una Incapacidad Temporal larga, y les ayudaríamos a acortar esa situación, con lo que disminuiríamos el coste, y sería un beneficio claro para su salud y para la Sociedad.

Está demostrado que la inactividad tiene efectos negativos en la salud, produciendo un deterioro en el bienestar físico y mental, y que la pérdida de contacto con el mercado de trabajo significa pérdida de habilidades comerciales y de la confianza en la búsqueda y obtención de trabajo; por ello, la posibilidad de regresar al trabajo disminuye, independientemente del tratamiento clínico.

Según diversos estudios, el hecho de estar pendiente de la realización de pruebas complementarias, de rehabilitación o derivación a asistencia especializada (y, como consecuencia de todo ello, ser incluido en lista de espera quirúrgica), supone un incremento importante y cierto en la probabilidad de duplicar el tiempo estándar en ambos sexos.

Por ello, la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), en 2010, y hablando sobre los Beneficios de la Prevención de la Seguridad Social, declaró que “al abordar factores de riesgo mediante la prevención, la intervención temprana u otras medidas proactivas, la Seguridad Social puede aportar una contribución al individuo y la

sociedad que va mas allá del alcance tradicional del pago de prestaciones. La compensación es una parte integral de la Seguridad Social, pero la prevención y la rehabilitación también son elementos esenciales”.

Las actuaciones de prevención se pueden realizar a nivel de trabajadores sanos (primaria, evitando que se produzca o se alargue si existe; política sanitaria de promoción de la salud pública y ocupacional, políticas de empleo, calidad, estabilidad, flexibilización de horario, conciliación de la vida familiar y laboral, dependencia, formación en gestión de la Incapacidad Temporal en Atención Primaria, trabajo inclusivo, etc.), a nivel de los que se consideran en riesgo de causar una Incapacidad Temporal (o con Historia de Incapacidad Temporales previas, evitando también su aparición o su cronificación; detección de trabajadores especialmente sensibles, formación previa al inicio del trabajo, adaptaciones de puestos de trabajo, rotaciones de puestos por sobrecarga física o mental, etc.) o a nivel de los que ya están en esta situación, para prevenir que no se produzca un mayor deterioro y conseguir un retorno al trabajo en el menor tiempo posible (tratamiento de forma preferente).

Consideramos imprescindible poder acceder a la Historia Clínica asistencial del paciente, que debe ser única, tanto a la física como a la digital, e, igualmente, poder hacerlo a la Historia Clínica Laboral, que también debería ser única, y que debería recoger los diferentes procesos patológicos sufridos por el paciente, sus contingencias, sus tratamientos, sus resultados y secuelas, y si han cursado con situaciones sobrevenidas de no aptitud o incapacidad.

Realizando un símil, debería ser un sistema de vasos comunicantes, en el que la información pueda fluir en todas direcciones.

Así se podría valorar al paciente de forma integral, de forma continua en la vida laboral, con conocimiento real y completo de la evolución y patobiografía de los trabajadores, de sus continuos cambios y modificaciones en la aptitud laboral.

Existen grandes problemas de comunicación de la información entre los diversos agentes implicados en la atención, gestión y valoración de la incapacidad laboral del paciente trabajador, y es imprescindible, para una mejor valoración y cuidado de su salud, establecer una comunicación de la información médica de forma fluida y compartida, establecer canales de comunicación de forma continua entre la medicina laboral y de prevención (médicos del trabajo, de vigilancia de la salud, Servicios de Prevención, propios y ajenos) y la medicina encargada de la recuperación de la salud (entendida la salud como el conjunto de las capacidades funcionales laborales), por incapacidad temporal o su pérdida por incapacidad permanente (Servicios Públicos de Salud, Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, etc.), entre todos ellos y con los Servicios de Inspección Médica (y, dentro de estos, por supuesto que también, para plantear estrategias con dos fines fundamentales: incorporación progresiva al puesto de trabajo (“Incapacidad Temporal parcial”, que disminuye el periodo de Incapacidad Temporal) y elaborar estrategias de adaptaciones al puesto de trabajo (disminuir la Incapacidad Permanente).

Ya existen medidas de intervención para intentar conseguir acortar la duración de la Incapacidad Temporal, aunque ello suponga “adelantar” un gasto (se produciría más adelante, más tardío), como son, por ejemplo, los convenios firmados entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y las Mutuas para la realización de pruebas complementarias.

Pues bien, y en este mismo sentido, y como otra propuesta de intervención, planteamos la posibilidad de acuerdos entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas, dotando programas acotados específicos para determinadas patologías con mayor incidencia, que traten de forma prioritaria y precoz a los trabajadores en Incapacidad Temporal, o con acuerdos entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y los servicios asistenciales de las Mutuas para atender a los pacientes en Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, también de forma directa (con o sin necesidad de la autorización de la Inspección del

Servicio Público de Salud), tal y como sucede en las Contingencias Profesionales y en las Contingencias Comunes asumidas, para evitar las demoras que ocurren en los Servicios Públicos de Salud, tanto en tratamientos de rehabilitación como en todos los demás diagnóstico-terapéuticos.

También las empresas pueden favorecer el retorno al trabajo de forma más temprana con programas de adaptación progresiva al puesto de trabajo tras una baja laboral, en función de la patología que la motivó y del riesgo existente (físico, psíquico o ergonómico) para disminuir el posible daño que se pudiera producir.

=====

Reflexiones sobre la incapacidad y aptitud laboral. Nuevas sinergias entre medicina evaluadora y medicina laboral. Historia clínica laboral única. La incapacidad laboral, un continuo evolutivo

Iñaki Korta Murua

Jefe del Área Sanitaria del Servicio de prevención de C.A.F. S.A.
País Vasco.

Correspondencia

lkorta@caf.net

Resumen

Siendo como es gran parte de la actividad de los médicos evaluadores del INSS íntimamente relacionada o incluso fundamentada en la relación entre el trabajador en activo y sus condiciones de trabajo generales y particulares resulta llamativa la ausencia de un mecanismo normalizado de comunicación con los especialistas en Medicina del Trabajo de los Servicios de Prevención cuyo objeto de actuación son precisamente los trabajadores y sus condiciones laborales. Se defiende que aquellos agentes de la medicina evaluadora, preventiva o asistencial que intervienen en la toma de decisiones sobre el estado psico-físico de una persona y las condiciones laborales, deberían disponer de toda la información necesaria de ambas para que sus resoluciones sean ajustadas a la realidad y por tanto más justas. El Médico del Trabajo del Servicio de Prevención es el especialista que dispone de la información sobre las condiciones laborales y quien mejor sabe interpretarlas. La información sobre las mismas debería de partir desde el Médico del Trabajo hacia el resto de los agentes. Se presentan algunas experiencias dirigidas a normalizar el flujo de información sobre condiciones laborales y estado de salud entre los diferentes interlocutores. Partiendo del principio de que la salud del individuo es única y está conformada por todo aquello que le afecta, tanto en su actividad profesional como en su vida extralaboral en un complejo juego de interrelaciones que se influyen y modifican de forma dinámica y continua, se plantea el interés por el desarrollo de una historia clínica única, compartida en aspectos considerados básicos y que permita una comunicación rápida, eficiente y dinámica entre todos los agentes que intervienen en la salud de un trabajador, aunque en la actualidad resulte una quimera. De camino hacia ese objetivo, se evidencia la necesidad previa de elaboración de un modelo de Historia Clínico-Laboral Única y se describen algunas acciones encaminadas hacia este objetivo.

Palabras Clave: *Medicina del Trabajo, Medicina Evaluadora, Historia Clínica Única. Historia Clínico-Laboral Única.*

Abstract

Given that a large part of the activity of the National Institute of Social Security's (INSS) medical evaluators is closely linked to or even based on the relationship between active employees and their general and specific working conditions, it is striking that there is no standardised mechanism for communication with specialists in Occupational Medicine from the Risk Prevention Services whose activities are specifically focussed on workers and their working conditions. It is claimed that those agents of evaluative or preventive medicine or medical care who are responsible for making decisions about the psychological and physical condition of a person and their working conditions should have all of the necessary information about both, to ensure that their decisions are based on reality and are therefore fairer. The Risk Prevention Service's Occupational Physicians are the specialists with the information about working conditions and are the people who are best equipped to interpret it. The information about these conditions should be shared by Occupational Physicians with the rest of the agents. We present experiences that are aimed at standardising the flow of information about working conditions and health conditions between the different parties. Based

on the principle that the health of an individual is unique and is shaped by everything that affects it, both in their professional activity and their life outside the workplace, in a complex set of interrelationships that are dynamically and continuously influenced and modified, we propose that it may be beneficial to develop a single medical history, sharing certain aspects that are considered to be basic and enabling fast, efficient and dynamic communication between everyone who plays a role in the health of a worker, although at the moment this is little more than a pipe dream. Before achieving that goal, we show that it will first be necessary to create a Single Medical-Occupational History, and we describe a number of actions aimed at meeting this objective.

Keywords: *Occupational Medicine, Evaluative Medicine, Single Medical History. Single Medical-Occupational History.*

Resulta un asunto complicado dar respuesta al objetivo de una mesa con un título tan extenso como la presente en la que se mezclan asuntos que aparentemente no tienen una clara interrelación.

Aceptado el reto, inmediatamente se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál y cómo es la relación que mantenemos los Médicos del Trabajo de los Servicios de Prevención con los Médicos Evaluadores del INSS?

Dado que no existe un modo formalizado de mantener dicha relación, al menos en mi experiencia, la misma resulta muy variable dependiendo con demasiada frecuencia de la presencia o ausencia de relaciones personales entre médicos de ambas áreas. De este modo nos encontramos con diferentes modelos de relación:

- Muy frecuentemente, de Ignorancia Mutua. Cada uno realiza sus funciones sin tener en cuenta la del otro en sus decisiones.
- En otras ocasiones de Enfrentamiento. Lo que opina o decide uno es contrario a lo que opina o decide el otro provocando una “lucha de poderes”.
- Eventualmente de Distanciamiento. Lo que opine o decida el otro no influye para nada en lo que yo vaya a decidir aunque me vea afectado por ello.
- De Contrapeso. Las consecuencias de las decisiones de uno procuran compensarse de la mejor manera por el otro.
- Y en pocas ocasiones de Colaboración. Tanto uno como otro comparten información para desarrollar mejor sus funciones específicas.

Curiosamente, un simple repaso a las mesas de este congreso:

- la capacidad o incapacidad para trabajar (mesa 1)
- la gestión de la Incapacidad Transitoria por cualquier contingencia, pero especialmente por la profesional (mesa 2)
- los cambios en el perfil del absentismo en relación con los cambios socio-laborales generales y específicos (mesa 3)
- la valoración de los requerimientos psico-físicos para el trabajo o la profesión (mesa 4)
- la declaración de sospecha de EP o la notificación de EEPP (mesa 6)
- o la determinación de contingencia de bajas laborales o la calificación de aptitud

muestra cómo, todas ellas, son asuntos o áreas de actuación en las que resulta obvio que es absolutamente necesario un conocimiento preciso de los requerimientos profesionales generales y las condiciones laborales específicas, además de la situación psico-física del trabajador y su historial de enfermedades o lesiones padecidas.

Cómo puede suceder, por lo tanto, que siendo como es gran parte de la actividad de los médicos evaluadores del INSS íntimamente relacionada o incluso fundamentada en la relación entre el trabajador en activo y sus condiciones de trabajo generales y particulares, no se haya estandarizado una relación normalizada con los especialistas en Medicina del Trabajo de los Servicios de Prevención cuyo objeto de actuación son precisamente los trabajadores y sus condiciones laborales.

Más allá de algunos intentos voluntariosos en desarrollar herramientas de colaboración específicas de las que luego hablaremos y de relaciones personales más o menos fluidas, la realidad es que no hay una relación formal, normalizada, directa, entre ambos agentes.

... Y en este escenario, poco a poco, se han ido interponiendo cada vez más intermediarios en esa relación, dando lugar a un distanciamiento progresivo en lugar de un deseado, creo, acercamiento.

Algunas de las cuestiones que se plantean en estas mesas, se dirimen con la intervención única de la medicina evaluadora (Médico del INSS, determinando la

capacidad para trabajar o la contingencia de una enfermedad) o de la medicina preventiva (Médico del Trabajo del SP, calificando la aptitud, detectando EEPP, modificando las condiciones de trabajo,...), mientras que en otras muchas interviene la medicina asistencial (Médico de Familia, Especialista del SNS, Médico de Mutua, e Inspector del SNS) tomando decisiones sobre capacidad laboral, y sobre contingencias profesionales, muy frecuentemente, con poco o nulo conocimiento de las condiciones laborales concretas.

Muy probablemente, casi todos estaremos de acuerdo en que esta no es una situación deseable. Todos consideramos necesario que aquellos agentes de la medicina evaluadora, preventiva o asistencial que intervienen en la toma de decisiones sobre el estado psicofísico de una persona y las condiciones laborales, deberían disponer de toda la información necesaria de ambas para que sus resoluciones sean ajustadas a la realidad y por tanto más justas.

En este sentido, creo que es una opinión compartida por casi todos ustedes, que urge encontrar un modo eficaz y eficiente de compartir la información básica necesaria para que las decisiones que debe tomar cada uno de los interlocutores mencionados en sus ámbitos específicos de actuación sean lo más equitativas posibles porque se han tomado con todos los datos necesarios para hacerlo.

Soy de la opinión de que para ello, en primer lugar hay que realizar un esfuerzo de autocrítica sincera por parte de todos.

Eso significa reconocer cuáles deben ser los ámbitos de actuación de cada parte y dónde están los límites de cada cual.

- Reconocer que algunos interlocutores toman decisiones con respecto a la aptitud de forma ordinaria sin información o cuando menos sesgada sobre las condiciones laborales y ello tiene influencia en el resto.
- Reconocer que el modelo de gestión de la IT que está implantado, con atribuciones de control cada vez mayores a la Inspección del SNS; a los médicos del INSS y a los médicos de Mutuas; es un reconocimiento implícito de las limitaciones que tiene Médico de Familia para una gestión eficaz fundamentalmente por el inevitable modelo de relación de confianza MF-paciente, así como por su desconocimiento completo, parcial o interesado de las condiciones laborales de sus pacientes además de otros factores.

En este sentido, en el informe de investigación “An evaluation of the Statement of Fitness for Work: qualitative research with General Practitioners” publicado en noviembre de 2011 por el Dpto. de Trabajo y Pensiones del Gobierno Británico, se reconocía que una de las dificultades para cambiar el modelo del “parte de baja” (sick note), a otro como “parte de capacidad para trabajar” (statement of fitness for work) era la resistencia de algunos médicos de asistencia primaria a dañar la relación con sus pacientes. Las conclusiones del estudio sobre otros aspectos que implica este cambio son francamente interesantes, y según mi experiencia extrapolables a la opinión de los Médicos de Familia de nuestro país.

- Reconocer que el Médico de Familia o los especialistas del SNS, hoy en día, no tienen más información que la que les aporta el paciente sobre sus condiciones laborales para establecer relaciones de sospecha de EEPP.
- Y reconocer también que el modelo de Medicina del Trabajo externalizado en las empresas, que es el más generalizado, reduce el conocimiento de las condiciones laborales y también de los eventos de salud que ocurren en los periodos entre exámenes de salud de los trabajadores a los que da servicios preventivos.

Pero, a pesar de ello, ¿Quién puede aportar esta información respetando la obligada confidencialidad y la imparcialidad de su información?

Obviamente quién mejor la conoce, pues es una atribución y función específica de su especialidad, el Médico del Trabajo del Servicio de Prevención, que también, no lo

olvidemos, puede estar sujeto a presión por otros agentes sociales incluido el empresario que le paga.

Sin embargo, con las actuales estructuras sanitarias y el modelo de gestión implantado en cada uno de los agentes intervinientes, no me parece tarea fácil.

En el ámbito de la CAV, con fecha 28 de abril de 2009, el Director General de Osalan (Instituto Vasco de Seguridad y Salud laboral) dictó una resolución “por la que se establecía un documento de solicitud de datos a utilizar por los servicios de Prevención para la realización de la evaluación de la salud de los trabajadores que reanuden el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud”.

Dicho documento denominado “Ficha Médico-Laboral para valorar la Incapacidad Laboral”, “sustentará la información médica necesaria sobre la salud del trabajador o trabajadora afectada por un proceso de incapacidad temporal, para poder practicar por los facultativos de los servicios de prevención la vigilancia médica preceptiva tras un periodo de ausencia prolongada”.

EHAIA - 2009ko maiatzak 27, asteartea • N.º 99 ZK. • BOPV - mitelak 27 de mayo de 2009

ANEXO I

FICHA MÉDICO-LABORAL PARA VALORAR LA INCAPACIDAD LABORAL

DATOS DE FILIACIÓN	
Apellidos y Nombre	
DNI-PASAPORTE-NIF	□□□□□□□□□□
Teléfono de contacto	
N.º Afiliación Seguridad Social	□□ / □□□□□□□□
Cualificación SVS N.º TIS Otra Modalidad	□□□□□□□□ □ especificar.....
Punto de Trabajo	
Ocupación	CNO a tres dígitos □□□
Empresa (razón social)	
Empresa (actividad económica)	CNAE a tres dígitos □□□
Servicio de Prevención - Teléfono de contacto	Especificar..... N.º
Fecha	□□/□□/□□□□

PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN DE INCAPACIDAD LABORAL	
Incapacidad Temporal	<input type="checkbox"/>
Incapacidad Permanente	<input type="checkbox"/>
Iniciado Por	Dirigido A
Apellidos y nombre del Médico: Fecha y firma:	
Médico de Familia	<input type="checkbox"/>
Inspector Médico	<input type="checkbox"/>
Médico del INSS	<input type="checkbox"/>
Médico del Servicio de Prevención	<input type="checkbox"/>
Médico de la USZ de Osalan	<input type="checkbox"/>
Médico de la Mutua (MATEPSS)	<input type="checkbox"/>

Dicho documento podrá ir dirigido al Médico de Familia, al Inspector Médico, al Médico evaluador del INSS, al Médico de la Mutua, al Médico de otro SP o a la USL de Osalan.

Sin entrar en otras valoraciones sobre el principio que subyace en el mismo y la unilateralidad, al parecer, de la necesidad informativa, era un primer intento de estandarizar un modelo para compartir información necesaria para el cumplimiento de funciones específicas del Médico del Trabajo.

Posteriormente se entendió que dicho documento, que había sido propuesto por distintos expertos médicos que participaban en el “Foro IT de la Academia de Ciencias de Bilbao”, podría servir también para que el Médico del Trabajo pudiese transmitir a su vez información sobre el trabajador y sobre todo, sobre sus condiciones laborales generales y específicas al resto de los agentes y se propuso un pilotaje del mismo entre diversos Servicios de Prevención e Instituciones (INSS, Osakidetza, Mutuas, etc.).

En lo que yo conozco, el resultado fue bastante desalentador. En nuestro caso, nadie nos solicitó información ni durante el pilotaje ni posteriormente. Las razones de este fracaso creo que no se han analizado con posterioridad, pero a mi juicio tienen que ver con que, aunque algunos agentes tienen ciertamente interés en dicha información (Médico del Trabajo del SP, Médico de Inspección y Médico Evaluador del INSS), sin embargo a otros el asunto les resulta ajeno (Médico de Familia, Especialistas del SNS y Médicos de Mutua). También, sin ninguna duda, en la dificultad de cumplimentación del documento en el día a día y las dificultades de transmisión del mismo.

En este contexto ya hay algunas voces que desde diferentes ámbitos relacionados con la Medicina del Trabajo y la Medicina Evaluadora, comienzan a solicitar la creación de una Historia Clínica Única y compartida en aspectos considerados básicos y que permita una comunicación rápida, eficiente y dinámica entre todos los agentes que intervienen en la salud de un trabajador.

En una visión amplia y global de la salud pública, no tiene sentido compartimentar la salud de las personas en categorías independientes, como pueden ser su salud laboral (relacionada con su actividad profesional), su salud doméstica o su hábitos alimenticios, su salud para el ocio o la salud ambiental, cuando estamos evaluando la capacidad del individuo para realizar una actividad. La salud del individuo es única y está conformada por todo aquello que le afecta, tanto en su actividad profesional como en su vida extralaboral en un complejo juego de interrelaciones que se influyen y modifican de forma dinámica y continua. El conocimiento completo de todo ello, resulta imprescindible o por lo menos conveniente para tomar decisiones más allá del diagnóstico y tratamiento de una enfermedad concreta. Mucho más si cabe para aquellos agentes cuyas decisiones implican un desembolso económico del erario público en cualquiera de sus formas.

Esta idea tiene trascendencia en la medida que para el Médico del Trabajo la “salud laboral” no debe limitarse, en mi opinión, a los problemas cuyo origen es el trabajo, aunque ello constituya su finalidad específica de la que no puede ni debe hacer dejación, pues si los trabajadores están enfermos o se ven afectados por causas ajenas al trabajo esto tendrá influencia directa sobre lo anterior. Ello adquiere todavía más importancia si tenemos en consideración la clara tendencia al envejecimiento progresivo de la población laboral incrementado por el retraso en la edad de jubilación.

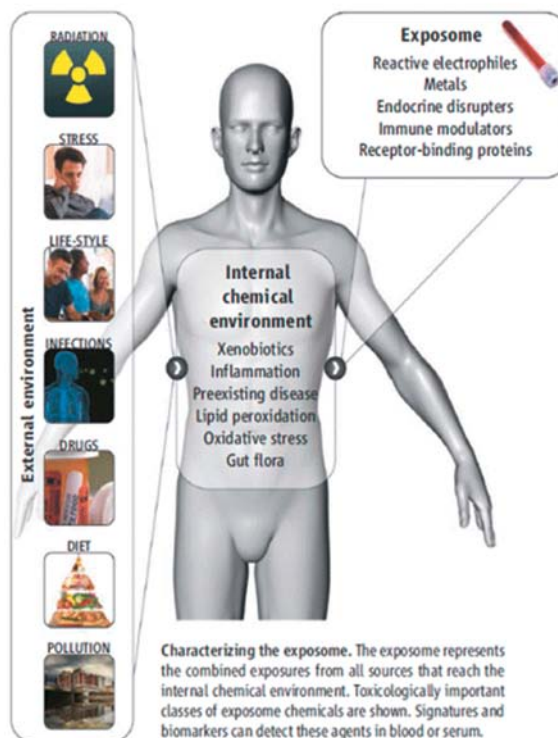
En esta línea, en España, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, en su preámbulo señala lo siguiente: “Se establecen asimismo las acciones en materia de salud laboral para conseguir la mejor prevención de riesgos en el ámbito laboral, y en coherencia con lo dispuesto en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, y complementándose, se facilita la promoción de la salud en ese mismo ámbito. La promoción y protección de la salud laboral, así como la prevención de los factores de riesgo en este ámbito, deben ser contempladas en la cartera de servicios de la salud pública”. (Art. 33.1.a, 33.2.f, g y h)

Algunas instituciones como NIOHS están asumiendo esta idea y promoviendo su estudio técnico, como se puede apreciar en la portada de este informe de 2012 que recoge, entre otros, las colaboraciones realizadas en un simposio orientado a recoger aportaciones a su programa de “Salud Total de los Trabajadores”.



O como la IGAS (Inspección Générale des Affaires Sociales) dependiente del Ministerio de Trabajo en Francia, cuyo reciente informe de junio de 2013 sobre “Interacciones entre salud y trabajo”, tiene como objetivo establecer un panorama de algunos temas susceptibles de hacer progresar la articulación entre salud laboral, la salud medioambiental y la salud pública (relaciones entre salud laboral y nanomateriales, adicciones, enfermedades cardiovasculares,...).

La misma idea subyace en el área de Toxicología laboral y ambiental con la introducción de la teoría sobre el “Exposome” en el año 2005 por Christopher Wild. “Exposome” constituye la totalidad de las exposiciones (internas y externas) que sufre una persona desde el mismo momento de la concepción, durante toda su vida. Exposome (todo lo no genético) es un nuevo concepto unificador de todas las exposiciones, que se contraponen al genoma (sólo lo genético). Esta idea reemplaza al enfoque sustancia por sustancia muy extendida en la toxicología laboral a la búsqueda de las causas de la enfermedad e incluye exposiciones exógenas y endógenas y su desarrollo va parejo al de las tecnologías “ómicas”. Sin lugar a dudas, el desarrollo de estas teorías tendrán implicaciones futuras sobre el estudio de los cánceres de causa ocupacional y en particular sobre la determinación de su contingencia profesional.



En cualquier caso, soy consciente de las muchas dificultades y obstáculos que proponer una H.^a Clínica Única presenta mucho más allá de las meramente técnicas.

Gran parte de las dificultades se encuentran en la esfera de lo ético, del uso adecuado de la información de la salud para los objetivos planteados y no otros, y del respeto a la confidencialidad de datos de carácter personal. Y también de lo ideológico.

Sin embargo, algunas otras se deben simplemente a la poca importancia que se le da a ello en muchos ámbitos y a la falta de sensibilidad que existe en relación a la influencia de los factores laborales en la salud de las personas desde el punto de vista de algunas instituciones de salud pública del Estado y autonómicas.

Baste como ejemplo el “Decreto 38/2012 de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica” dictado por el Dpto. de Sanidad y Consumo del GV y cuyo objeto es “regular el contenido, manejo y uso de la historia clínica, así como los derechos y obligaciones de pacientes y profesionales e instituciones sanitarias correspondientes en materia de documentación clínica (art. 1)” y que “también es de aplicación a los servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria (art. 2)” como serían los Servicios de Prevención Propios y Ajenos.

Pues bien en este decreto no se hace mención de ningún tipo a nada que tenga que ver con la salud laboral, los antecedentes laborales, las condiciones de trabajo, la vigilancia de la salud; en definitiva nada de lo que compone el cuerpo básico de la H.^a Clínico Laboral.

Así pues, pensar hoy en día en la posibilidad de la existencia de una H.^a Clínica Única no deja de ser una quimera muy lejana a la realidad actual.

Sin embargo de camino hacia esa idea existe otra que algunos consideran también como una utopía como es la Historia Clínica **Laboral** Única y que yo creo una absoluta necesidad.

Para compartir información, es necesario recogerla adecuadamente de las distintas fuentes que la generan. Si bien en el artículo 37.2.c del Reglamento de los Servicios de prevención se dice que *“los exámenes de salud incluirán, en todo caso, una historia clínico-laboral, en la que además de los datos de anamnesis, exploración clínica y control biológico y estudios complementarios en función de los riesgos inherentes al trabajo, se hará constar una descripción detallada del puesto de trabajo, el tiempo de permanencia en el mismo, los riesgos detectados en el análisis de las condiciones de trabajo, y las medidas de prevención adoptadas. Deberá constar igualmente, en caso de disponerse de ello, una descripción de los anteriores puestos de trabajo, riesgos presentes en los mismos, y tiempo de permanencia para cada uno de ellos”*, dieciocho años después de la promulgación de la LPRL, en el ámbito de la Medicina del Trabajo aún no existe un modelo de historia clínico laboral único. Esto ha traído consigo multitud de problemas con incidencia directa en las decisiones que tienen que tomar los Médicos del Trabajo y los Médicos evaluadores de INSS en particular. Cada Servicio de Prevención tiene su modelo de H.^a Clínica Laboral.

Como no podía ser de otra forma, esto ha generado gran número de problemas entre los cuales considero los más importantes los siguientes:

- No existe un consenso formalizado sobre el contenido básico del que se debe de disponer en una H.^a Clínico Laboral, por lo que los contenidos de las diferentes historias, a menudo carecen de aspectos fundamentales, esencialmente en lo que se refiere a las condiciones de trabajo y los niveles de exposición en el tiempo a los distintos factores de riesgo laborales.
- No existe un formato común que permita una trazabilidad de la información contenida entre distintos Servicios de Prevención, con lo cual si un trabajador cambia de empresa o esta cambia de Servicio de Prevención, no hay un modo eficiente de dar continuidad a la información generada hasta ese momento.

De este modo, se da la paradoja que cuando algunos compañeros de instituciones oficiales solicitan la H.^a Clínico Laboral de un trabajador a resultas de una denuncia, se encuentran con la sorpresa de que no disponen de elementos básicos de dicha historia. ¿Cómo decidir sobre la sospecha de una enfermedad profesional de tipo neoplásico, por lo tanto de gran tiempo de latencia, si no tenemos datos objetivos sobre el carácter de exposiciones anteriores?

Así pues, conscientes de esta situación y con ánimo de corregirla, en la CAV, Osalan, Instituto Vasco de Seguridad y Salud en el Trabajo, en el ejercicio de sus funciones ha promovido un grupo de trabajo para abordar la cuestión.

Más concretamente los objetivos que se han planteado son los siguientes:

- Definir un documento de consenso universal y unificado para los profesionales de vigilancia de la salud que contenga, al menos, la información referida en el art. 37 de RSP.
- Que dicho documento pueda acompañar al trabajador a lo largo de su vida laboral de modo tal que se asegure la trazabilidad de los datos.
- Que el documento sea traspasable de manera sencilla entre los diferentes Servicios de prevención.

No se oculta que tras esta actuación se pretende desarrollar una norma que dé soporte legal al formato y contenido de la HCL elaborada y obligue a los Médicos del Trabajo a cumplimentarla y mantenerla de acuerdo a dicha norma.

El grupo de trabajo está formado por Médicos de la Unidad de Salud Laboral de Osalan, médicos de Servicios de Prevención Propios, Médicos de Servicios de Prevención Ajenos, representantes de Asociaciones de SPA, y de la Sociedad Vasca de Medicina del Trabajo.

Este grupo ha asumido la siguiente definición de HCL:

“Se define la HCL como el conjunto único de documentos y registros informáticos o en cualquier otro formato que abarca toda la información clínica y laboral del trabajador y que contiene de forma clara y concisa los datos, valoraciones e informaciones generados en los procesos de vigilancia de la salud, asistenciales y de condiciones de trabajo (tareas y exposiciones) a los que se somete a un trabajador y en los que se recoge su estado de salud, la evolución de ese estado, las actuaciones realizadas sobre él, los daños y/o las patologías laborales sufridas y la descripción de las tareas que realiza y las exposiciones a las que se somete a lo largo de su vida laboral.”

Además ha consensuado inicialmente, no sin grandes discusiones y dificultades, la información básica que se considera necesaria que debe contener una H.^a Clínica Laboral para cumplir las funciones que la LPRL tiene asignada a la Medicina del Trabajo. La información básica es la siguiente se refiere a los siguientes tipos de datos:

- Datos de Identificación del trabajador.
- Datos de Identificación del Servicio de Prevención.
- Datos de Identificación/Administrativos de la empresa.
- Datos de identificación del Puesto de trabajo, Riesgos Asociados y Medidas Preventivas.
- Datos de Identificación y Descripción de Trabajos y riesgos anteriores.
- Datos de acreditación de información sobre Riesgos del Puesto de trabajo.
- Datos de anamnesis y Exploración en función de los riesgos.
- Datos relativos a Pruebas Complementarias realizadas.
- Datos de Consultas a demanda del trabajador.
- Datos de Interconsultas.
- Datos relativos accidentes de trabajo, EPPP y enfermedad común.
- Datos relativos al consentimiento informado de procesos.
- Datos relativos a la Aptitud.

Actualmente está en las fases iniciales de pilotaje para comprobar qué dificultades se presentan para la recogida de la información establecida en el quehacer diario de los diferentes SP.

Aun siendo asumido por todos que la información referida es absolutamente necesaria e imprescindible para ejercer las funciones de Medicina del Trabajo, incluidas las de generar y transmitir información para terceros como serían los Médicos de Familia y los Médicos del INSS, el grupo de trabajo no ha conseguido aún un consenso sobre muchas cuestiones que tienen que ver con la información relativa al puesto de trabajo, los riesgos asociados y el tiempo de permanencia.

Dentro de las muchas que se han planteado y aún están sin resolver, algunas de las controversias que se han puesto sobre la mesa, son las siguientes:

- Qué contenido y hasta qué grado de matización debe tener la descripción del puesto de trabajo y las tareas que realiza el trabajador.
- Qué contenido debe quedar en la HCL sobre los riesgos asociados y con qué grado de matización. Si no es un volcado de la Evaluación de Riesgos, ¿cómo mantenerla actualizada?
- ¿Cómo recoger información sobre riesgos anteriores?
- ¿Qué validez legal tendrá la información recogida en la HCL frente a la de la ERL sin no son coincidentes?
- ¿Cómo garantizar la Confidencialidad de los datos con la necesidad de compartir datos entre agentes diferentes?
- ...

Sin duda, estimo que va a ser una tarea muy ardua. Que estamos en el principio de un largo camino en el que se van a presentar innumerables obstáculos, pero que es un camino que ineludiblemente hay que recorrer si queremos mejorar los sistemas de información actuales para tomar decisiones más adecuadas. Es probable que hasta llegar al final de ese camino haya que buscar soluciones puntuales para resolver incomunicaciones muy concretas entre los distintos interlocutores. Me consta que además de la ficha referida hay algunos proyectos en estudio. Pero si queremos que finalmente dicha comunicación sea eficaz es necesario un mínimo grado de confianza entre los distintos interlocutores, con la idea de que el objetivo general de todos es común y con la seguridad de que el compartir información, con absoluto respeto a las leyes que la regulan, es imprescindible para decidir con justicia.

Incapacidad y aptitud laboral. Nuevas sinergias entre medicina evaluadora y medicina laboral. Historia clínica laboral única. La capacidad laboral, un continuo evolutivo

Fernando García Benavides, María A. López, Xavier Durán, José M. Martínez

Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL).
Universitat Pompeu Fabra (Barcelona)
y CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Correspondencia

fernando.benavides@ufp.edu

Resumen

En España coexisten dos sistemas públicos de salud: el universal, gestionado por las comunidades autónomas y financiado con impuestos, y el laboral, gestionado por las Mutuas y financiado por cuotas a la Seguridad Social, los cuales se reparten la responsabilidad de gestión de la incapacidad laboral. Esta doble dependencia dificulta la gestión de esta importante prestación sanitaria y social. Una gestión que es diferente en función de la etiología (común o profesional) y su pronóstico (temporal o permanente). Para poder comprender mejor la naturaleza de la incapacidad laboral, y que su investigación sea útil para mejorar su gestión médica y social, conviene adoptar una perspectiva longitudinal (*life course research*), analizando trayectorias de incapacidad en los individuos, y no solo episodios aislados. Una trayectoria de incapacidad que debemos analizar junto a la trayectoria laboral de esa misma persona. Para analizar conjuntamente las trayectorias laboral y de incapacidad disponemos de la Muestra Continua de Vidas Laborales de la Seguridad Social desde 2004. Una muestra de 873.008 afiliados (un 4%, aproximadamente) en 2009 entre los que se produjeron 163.136 episodios de incapacidad temporal (IT) iniciados en 2009, las cuales evolucionaron entre 2009 y 2012 a 4.738 casos de incapacidad permanente (IP). Un 2,9% en total, que fue del 12,6% en caso de tumores malignos (282 IP de 2.234 IT) y del 9,2% en el caso de enfermedades cardiovasculares (344 IP de 3.532 IT). En un contexto de incremento de la esperanza de vida y la prevalencia de enfermedades crónicas (vivimos más pero con más incapacidad) necesitamos analizar longitudinalmente las trayectorias de incapacidad para poder prevenir los años de vida laboral perdidos por IP, los cuales, como sabemos, están relacionados con la trayectoria laboral(1).

(1) Durán X, Martínez JM, Benavides FG: *Occupational factors associated with the potential years of working life lost due to non-work related permanent disability*. Work 2013;45:305-309.

MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social

Madrid, 7 y 8 de noviembre de 2013

Ponencias

Mesa 6

VALORACIÓN DE LA CONTINGENCIA PROFESIONAL. LA SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL. PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA LABORAL. ARCHIVOS DE REGISTRO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL. ARCHIVOS DE REGISTRO DE ENFERMEDADES COMO ACCIDENTE DE TRABAJO

MODERA:

Pilar Baides Gonzalvo

Médico Inspector Jefe. INSS. Dirección Provincial de Madrid.

PONENTES:

Clara Guillén Subirán

Jefe del Departamento de Enfermedades Profesionales. IBERMUTUAMUR. Madrid.

Montserrat García Gómez

Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.

José Rafael Lobato Cañón

Médico Inspector Jefe. INSS. Dirección Provincial de Alicante.

Carlos Solá Sarabia

Subdirector de Asistencia Sanitaria del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).

El desafío de la gestión de las enfermedades profesionales. *Solvitas perambulum*

Clara Guillén Subirán

*Jefe del Departamento de Enfermedades Profesionales. Ibermutuamur.
Madrid.*

Correspondencia

ClaraGuillen@ibermutuamur.es

Resumen

Los cambios que tienen lugar en el entorno laboral repercuten en la naturaleza de las enfermedades profesionales planteando cada vez más desafíos. Este artículo se centra en ellos: el concepto enfermedad profesional tiene un carácter legal y no médico, las nuevas patologías y las enfermedades emergentes, las enfermedades profesionales con largos periodos de latencia, las posibles causas de las enfermedades profesionales que son incluso más complejas que la definición, porque, en muchos casos, los factores relacionados con el trabajo aumentan el riesgo de sufrir una enfermedad junto con otros factores extralaborales. Es precisamente esta compleja multicasualidad de las enfermedades profesionales la que no solo dificulta su reconocimiento y registro sino también su prevención y aseguramiento.

En definitiva, se deberían desarrollar algunos métodos y realizar prácticas adecuadas para proponer estrategias, que respondan a estos retos: aseguramiento de una notificación fiable y motivación para que se notifique, fortalecimiento de la calidad del diagnóstico, seguimiento de los trabajadores expuestos, revisión y actualización de las listas de enfermedades profesionales y promoción de la prevención de las enfermedades profesionales.

Abstract

The world of work is changing and this is impacting on the nature of occupational diseases (ODS). Globally, ODS are increasingly challenging. This article focus on these challenges in particular, issues regarding the notification, registration and monitoring of ODS, occupational disease is a legal and not a medical term, new and emerging types of diseases, ODS with long latency periods, even more complex than the definition are possible causes of occupational diseases. In many cases, work related factors increment the risk of a disease together with other, not work related factors. It is this complex multicausality of ODS which makes them not only difficult to recognize and record, but also highly difficult to prevent and insure.

At the end, some practically relevant methods and practices should be derived in order to propose strategies to answer these challengers: ensure sound reporting, motivate to report, strengthen diagnostic quality, follow up on exposed workers, review/update lists of ODS and foster prevention of occupational diseases.

El escenario que plantean las tendencias globales sobre enfermedades profesionales cobra protagonismo actualmente. La gestión de este tipo de patologías es un desafío de complejidad creciente que habrá que resolver caminando y, si es posible, caminando juntos, ya que son muchos los agentes involucrados en ella: médicos y enfermeros del trabajo, médicos del Sistema Público de Salud, profesionales de la prevención de riesgos laborales, entidades gestoras y colaboradoras de la Seguridad Social, administraciones nacionales y autonómicas, etc. En este contexto, el II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social, celebrado en noviembre de 2013, fue un excelente punto de encuentro para la actualización de conocimientos en esta materia, para el análisis pormenorizado de la situación y para la elaboración de consensos y propuestas de mejora en la gestión de esta contingencia profesional.

Sin ir más lejos, el 28 de abril de 2013, el Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, impulsado desde la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que promueve la prevención de los riesgos profesionales y defiende el desarrollo de una cultura preventiva en el lugar de trabajo, se centró en la prevención de las enfermedades profesionales. Con motivo de ello, la OIT presentó un informe que recogía, en líneas generales, la situación actual en el mundo de este tipo de patologías.

Según las estimaciones de la OIT, en el mundo se producen al año más de 2,3 millones de accidentes mortales relacionados con el trabajo. La gran mayoría de estas muertes (más del 80 por ciento) están causadas por enfermedades profesionales. Pese a que, en las últimas décadas, los sistemas de seguro de contingencias profesionales han contribuido con éxito a la reducción de los accidentes de trabajo, la prevalencia de las enfermedades profesionales sigue aumentando y, por ello, es necesario intensificar los esfuerzos para reducir su incidencia mediante medidas específicamente destinadas a prevenirlas.

Desde una perspectiva mundial, se estima que se producen al año alrededor de 160 millones de nuevos casos de enfermedades profesionales. En la medida en que una patología de este tipo se traduce en una disminución de la capacidad para el trabajo, éstas se van convirtiendo, cada vez más, en un problema para los sistemas de Seguridad Social. El aumento de la incidencia de las enfermedades profesionales eleva el gasto en prestaciones para los trabajadores, en atención sanitaria, en asistencia social y en programas de pensiones. La OIT calcula que los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales suponen una pérdida anual del 4% del producto interior bruto (PIB) en el mundo.

La lucha contra las enfermedades profesionales se encuentra en un punto decisivo. Se han dado pasos para abordarlas pero no dejan de surgir nuevos riesgos como resultado tanto de las nuevas tecnologías como de los cambios sociales, que se han incrementado por la crisis económica mundial. Además de los riesgos ya conocidos, el mundo del trabajo entraña nuevas amenazas como el aumento de los trastornos mentales y los traumatismos musculoesqueléticos. A esto hay que añadir que millones de trabajadores están expuestos a condiciones de trabajo peligrosas sin que puedan recurrir a ningún sistema de protección. A medida que se toma conciencia del problema, es preciso determinar su alcance, adoptar medidas contundentes y evitar sus consecuencias. La OIT propugna un paradigma de prevención integral para las enfermedades profesionales que incide en tres principios: en primer lugar, la dificultad que reviste el problema no justifica que se ignore; en segundo lugar, el reconocimiento, la prevención y el tratamiento de las enfermedades profesionales, así como la mejora de sus sistemas de registro y notificación, han de ser prioritarios y, por último, la mejora de los programas de seguridad y salud nacionales es fundamental para la salud tanto de las personas como de las sociedades en las que viven.

La Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), con ocasión del Día Mundial de 2013, hizo un llamamiento a sus miembros para que apoyen activamente la prevención de las enfermedades profesionales y de otros problemas relativos a la salud en el trabajo. Para esta asociación, es básica la prevención de los riesgos laborales, la promoción de la salud en el entorno laboral y el retorno al trabajo.

LUND señala que, para mejorar la prevención de estas patologías, es necesario revisar las listas nacionales de enfermedades profesionales, examinar las prácticas de

indemnización y mejorar el seguimiento, la recogida de datos y el sistema de registro. Las organizaciones multilaterales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la OIT, la Comisión Europea (CE) y la AISS están apoyando activamente estas transformaciones. No obstante, en los países con un bajo nivel de protección social y donde el alcance de las inspecciones es limitado, no es posible determinar la dimensión real del problema porque no se conoce la incidencia real de las enfermedades profesionales.

Sin duda, mejorar la detección de las enfermedades profesionales, permitirá mejorar el pronóstico, la prevención y también los costes derivados, tanto sanitarios como económicos.

En España, según el Observatorio de Enfermedades Profesionales, de acuerdo con la información proporcionada a través de las aplicaciones CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social) y PANOTRATSS (Comunicación de patologías no traumáticas causadas por el trabajo), en el año 2012 se produjeron un total de 25.438 patologías causadas por el trabajo, 16.841 expedientes de enfermedades profesionales y 8.597 expedientes de patologías no traumáticas causadas o agravadas por el trabajo (Tabla 1).

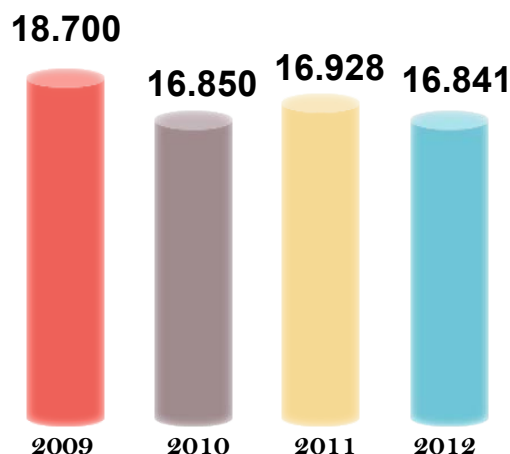
Tabla 1. Enfermedades causadas por el trabajo

	2012	%
Enfermedades profesionales (CEPROSS)	16.841	-12,26
Enfermedades relacionadas con el trabajo (PANOTRATSS)	8.597	-22,32
Total Enfermedades causadas por el trabajo	25.438	-15,94

Fuente: Informe Anual 2012, Observatorio de enfermedades profesionales y de enfermedades causadas agravadas por el trabajo

En cualquier caso, la afirmación de que en España el infradiagnóstico es de mayor magnitud que en otros países europeos no está refrendada científicamente. De hecho, parece ser que el único país que notifica mayor número de enfermedades profesionales que nuestro país es Francia, según miembros del grupo de trabajo en esta materia en EUROSTAT. En el Informe Anual 2012 de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social de donde se han obtenido los datos anteriores, se señala literalmente que “Comparando con Europa, Francia y España son los países con mayor número de enfermedades causadas por el trabajo declaradas”. Por ello, conceptualmente, no es correcto hablar de infradeclaración porque ese término lleva implícito que no se declara aquello que pudiera diagnosticarse. Técnicamente, sí podría hablarse de una situación de infradiagnóstico. El siguiente gráfico (Gráfico 1) muestra la evolución de las enfermedades profesionales en España en los últimos años.

Gráfico 1. Evolución de las enfermedades profesionales en España en los últimos años



Fuente: Observatorio de Enfermedades Profesionales (CEPROSS), 2009, 2010, 2011, 2012

La reforma del marco normativo en materia de enfermedades profesionales que se produjo en 2007 supuso una adaptación de la legislación comunitaria y un considerable esfuerzo de actualización, racionalización y sistematización de la normativa existente. Además, contó con el compromiso, el impulso y el apoyo de las organizaciones sindicales, empresariales y de los organismos competentes en esta materia tanto de la Administración Central como de las Comunidades Autónomas, así como con la colaboración de numerosos expertos que participaron en el diseño final adoptado. La valoración de este cambio fue positiva por estos motivos. Sin perjuicio de esta valoración, la aplicación de la norma en el día a día de la gestión de esta contingencia origina, entre otras, las siguientes dificultades:

- la diferenciación entre Contingencias Comunes y Contingencias Profesionales trasciende el plano puramente conceptual y se traduce en un **régimen jurídico diferenciado** para estas últimas que hace que revista una enorme trascendencia calificar una determinada patología como enfermedad profesional;
- la **complejidad técnica** en el diagnóstico de una enfermedad profesional que conlleva considerar factores como la variabilidad biológica, la multicausalidad, la inespecificidad clínica y los factores de exposición;
- las nuevas **patologías** y las **enfermedades emergentes**;
- los **largos periodos de latencia** de algunas enfermedades profesionales que dificultan el diagnóstico;
- no siempre es fácil la **delimitación conceptual** de la enfermedad profesional frente a otras contingencias, en particular, frente a las enfermedades relacionadas con el trabajo;
- las **expectativas** (¿excesivas?) generadas por el cambio de lista;
- la trascendencia del diseño del **procedimiento de notificación y registro** de las enfermedades profesionales con la implicación de los facultativos del Sistema Público de Salud y de los Servicios de Prevención al tener que comunicar una enfermedad cuyo origen profesional se sospecha;
- y el reducido número de médicos del trabajo.

Por estos motivos, las enfermedades profesionales suponen, sin duda, un desafío gestor. ZIMMER, en un informe técnico de la AISS, *Ciclo global sobre los retos planteados por las enfermedades profesionales*, señala como factores de este desafío gestor los siguientes: el término “enfermedad profesional”, la compleja multicausalidad, los nuevos tipos de enfermedad profesional y las enfermedades profesionales emergentes; las dificultades en el diagnóstico, los largos periodos de latencia y el reducido número de médicos del trabajo.

En este escenario y, en nuestra opinión, se identifican como prioritarias las siguientes actuaciones para mejorar el diagnóstico y la detección precoz de las enfermedades profesionales:

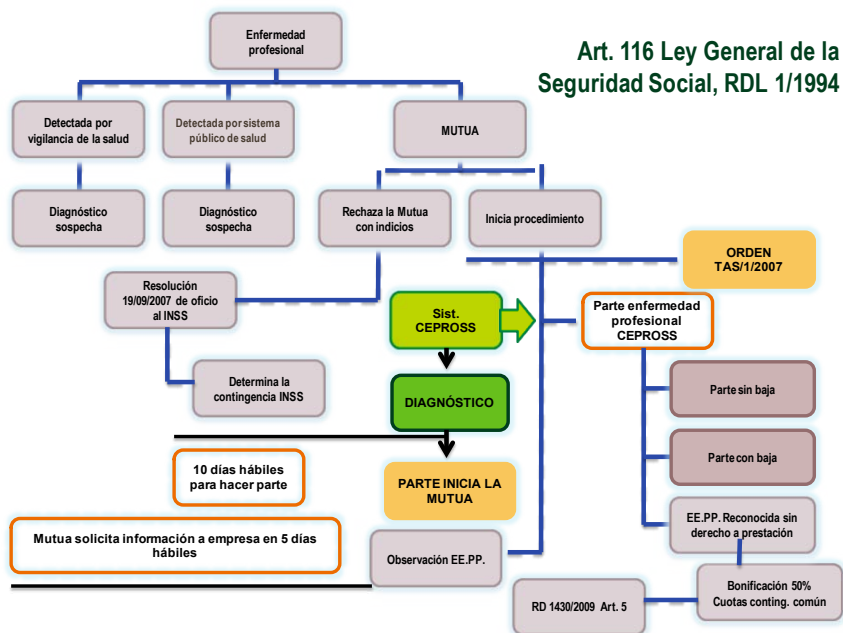
- **mejorar en la calificación**, con la capacitación de los médicos dotándoles de **herramientas de gestión específicas**, que aporten criterios diagnósticos y pautas de actuación homogéneas;
- **mejorar la detección de los casos**, buscando identificar todos los casos de enfermedad profesional que se produzcan;
- **potenciar la relación con prevención**, no sólo a través de la investigación de las causas de una enfermedad profesional (recogida como obligación del empresario en el 16.3 LPRL) sino también con la detección nuevos casos en el área de vigilancia de la salud;
- **incrementar el apoyo a la decisión** de los profesionales que realizan el diagnóstico de las enfermedades profesionales;
- **implicar a los facultativos del Sistema Público de Salud y de los Servicios de Prevención en la comunicación de las sospechas de enfermedad profesional**. Es necesario resaltar la importancia de la búsqueda de una fórmula común para

protocolizar la actuación ante la sospecha de una enfermedad profesional, ya que ello mejoraría la detección de estas patologías, si bien dicho cauce no se ha desarrollado reglamentariamente en todas las Comunidades Autónomas, limitando los supuestos de calificación;

- y, finalmente, **el papel de los médicos del trabajo** que los convierte en un activo de primer orden en la gestión de esta contingencia que debería ser aprovechado por los trabajadores que las padecen pero también por la sociedad en general. Es importante destacar la omisión que la normativa vigente en esta materia hace del papel del especialista en medicina del trabajo. En nuestra opinión, sería absolutamente necesario que los médicos del trabajo estuvieran presentes de forma obligada en todas las fases de atención a una enfermedad profesional: en la prevención, en la detección y el diagnóstico, en el seguimiento clínico de la enfermedad, en su tratamiento y en la valoración de las secuelas si es que éstas se produjesen. La colaboración de los médicos de trabajo con los médicos de atención primaria sobre los que se ha descargado parte de la detección de la enfermedad profesional sería muy provechosa.

Para planificar adecuadamente las actividades sanitarias de prevención, asistencia y rehabilitación destinadas a los trabajadores en riesgo o afectados de una enfermedad profesional, es imprescindible conocer bien la magnitud de estas patologías, siendo imprescindible afrontar el reto de **conseguir una notificación fiable y motivación para que se notifique**. Una de las novedades del sistema de declaración de las enfermedades profesionales, introducida por el Real Decreto 1299/2006, es el papel que se asignó a los facultativos del Sistema Público de Salud y a los facultativos de los servicios de prevención de riesgos laborales, estableciendo la obligación de comunicar aquellas enfermedades de las que se sospeche un origen laboral. Esta comunicación se realiza a la entidad que asuma las contingencias profesionales, Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS), a través del organismo intermedio que establezca cada comunidad autónoma. El **Gráfico 2** muestra el proceso de notificación de enfermedades profesionales por los diferentes agentes.

Gráfico 2. Notificación de las enfermedades profesionales por los diferentes agentes



La detección precoz de estas patologías es clave y para dar cumplimiento a esta obligación, algunas comunidades autónomas han desarrollado sistemas de comunicación de sospecha de enfermedades profesionales centrados en los médicos o de los centros de

atención primaria o especializada y de los servicios de prevención de las empresas. Así, se han desarrollado los siguientes:

- Andalucía: Registro de enfermedades profesionales por los profesionales del Sistema Sanitario Público (Orden de 13 de mayo de 2010, por la que se crea el fichero con datos de carácter personal denominado Registro de comunicación de sospecha de Enfermedades Profesionales por los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía);
- Asturias: Valoración de sospecha de cáncer profesional (EVESCAP) (Resolución de 14 de junio de 2011, de las Consejerías de Salud y Servicios Sanitarios y de Industria y Empleo, por la que se crea y regula el funcionamiento del Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional (EVASCAP) del Principado de Asturias);
- Cataluña: Instrucción 01/2007 del ICAM (Valoración de la contingencia profesional a través de una instrucción del Instituto Catalán de evaluaciones médicos, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya);
- Galicia: Registro de enfermedades profesionales del Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral (ISSGA);
- País Vasco: Procedimiento de comunicación de casos sospechosos de origen profesional por parte de los facultativos de Osakidetza y de los servicios de prevención;
- Madrid: Programa de comunicación de sospecha de enfermedad profesional desde atención primaria (CSEP);
- Murcia: Protocolo de actuación para la comunicación de diagnósticos de sospecha de enfermedades profesionales por parte de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de la Región de Murcia;
- Comunidad Valenciana: SISVEL (Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral) desarrollado por la Dirección General de Salud Pública de la Consellería de Sanitat, a través del Servicio de Salud Laboral.

En 2010, en un estudio subvencionado por el Govern de les Illes Balears y realizado por el Gabinete de Salud Laboral de CCOO Illes Balears, en colaboración con diferentes instituciones, organizaciones, entidades y profesionales del INSS, IBSALUT, mutuas, servicios de prevención, médicos de atención primaria y delegados/as de prevención, se obtuvieron datos muy interesantes y que reflejan el enfoque de la situación desde diferentes perspectivas. La siguiente (Tabla 2) recoge la opinión de los médicos de atención primaria, de los médicos de los servicios de prevención y de los médicos de las mutuas, sobre las causas de la situación de la declaración de enfermedades profesionales en Baleares en ese momento.

Tabla 2. Motivo por el que ha descendido el número de declaraciones de enfermedades profesionales

MOTIVO POR EL QUE HA DESCENDIDO EL Nº DE DECLARACIONES DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

MUTUAS	MÉDICOS DE FAMILIA	SERVICIO PREVENCIÓN
1. Eficacia de la prevención	1. Rechazo de las Mutuas	1. Rechazo de las Mutuas
2. Situación económica actual	2. Carencias en la formación	2. Exceso de burocracia
3. Tipo de usuario	3. Actitud de los trabajadores	3. Situación económica actual
4. Infradetección de los médicos de atención primaria	4. Exceso de burocracia	4. Mejora en la PRL
5. Falta de derivación desde los SP	5. Situación económica actual	5. Falta de control y vigilancia
	6. Mejora de las condiciones de trabajo	6. Mejora condiciones laborales
	7. Sanciones	7. Sanciones
	8. Falta de coordinación y comunicación	8. Falta de coordinación comunicación
		9. Desconocimiento de procedimientos
		10. Cambio de modelos productivos
		11. Infradeclaración

Fuente: Diagnóstico sobre la situación de las enfermedades profesionales en Baleares, Govern de les Illes Balears, CCOO

En 2012, en el informe de evaluación y seguimiento de las comunicaciones de sospecha de enfermedad profesional en Euskadi, realizado por OSALAN, se analizaban las comunicaciones, en los años 2009 a 2011 y se realizaba un estudio comparativo del primer trimestre 2012 para visualizar la trayectoria de las declaraciones bajo la perspectiva de tres años de registro.

Durante estos años de registro, las comunicaciones de sospecha aumentaron un 300 % en 2010 respecto a 2009, bajando en 2011 casi un 20% respecto a 2010. Las comunicaciones desde los servicios sanitarios y Osakidetza se triplicaron en 2011 respecto a 2010. Sin embargo, en el primer trimestre del presente año 2012 las comunicaciones de Osakidetza bajaron considerablemente en los tres territorios vascos. También recoge el informe, que las comunicaciones procedentes de los servicios de prevención descendieron considerablemente en el año 2011 respecto a 2010.

En última instancia, quien tiene la competencia para la calificación de las enfermedades profesionales es el INSS. Así, la Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, establece que las MATEPSS deberán remitir al INSS, de manera inmediata, todos los expedientes tramitados que se resuelvan sin considerar como enfermedad profesional, pese a contar con indicios que pudieran hacer presumir la existencia. Se entiende que se cuenta con indicios cuando, entre otras circunstancias, exista comunicación de los facultativos del Sistema Público de Salud o informes de los servicios de prevención y de organismos e instituciones con competencia en prevención y cobertura de las enfermedades profesionales. Además, el propio trabajador puede presentar reclamación previa ante el INSS, para la determinación de contingencia, cuando considere que ese problema de salud deba ser considerado como enfermedad profesional.

El siguiente reto a afrontar es **disponer de una buena base de datos** para formular una estrategia de prevención eficaz. En este sentido, el Observatorio de Enfermedades Profesionales nace como consecuencia de la implantación de un nuevo cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social, según establece el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre. A su vez la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, establece un modelo de parte de enfermedad profesional, dicta normas para su elaboración y transmisión por medios electrónicos y crea el correspondiente fichero de datos personales. Asimismo la Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, marca el procedimiento a seguir en todos los expedientes tramitados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia que se resuelven sin considerar la contingencia causante como enfermedad profesional.

Todos estos cambios normativos dieron lugar al desarrollo, desde enero de 2007, del sistema CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social) en el ámbito de la Seguridad Social. Su objetivo es poner a disposición de la Administración laboral, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, y demás administraciones, instituciones, organizaciones y entidades para las que la materia tratada resulte de interés, una serie coherente y ordenada de datos sobre enfermedades profesionales que faciliten el cumplimiento de sus fines en materia de salud y seguridad en el trabajo.

En 2010, se amplió esta información incluyendo las enfermedades reconocidas en aplicación del citado art. 115 de la LGSS. El sistema PANOTRATSS se diseñó con el objetivo de comunicar las patologías no traumáticas causadas por el trabajo. Esta base de datos recoge las enfermedades no incluidas en la lista de enfermedades profesionales que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. También contiene las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente. El contenido del fichero está declarado en la Orden TIN 1448/2010, de 2 de junio.

La información obtenida del Observatorio de Enfermedades Profesionales, una vez se dispone de los datos de períodos completos, permite realizar los siguientes análisis:

- estudio de las enfermedades comunicadas en un periodo de tiempo (en la página de la Seguridad Social (www.seg-social.es), se publican una serie de tablas estadísticas con las variables más significativas (sexo, edad, distribución geográfica, etc);
- estudio longitudinal de los procesos de enfermedad profesional, que permite hacer el seguimiento de la enfermedad de un trabajador a lo largo del tiempo a través de todos sus partes de enfermedad profesional;
- detección en tiempo real de posibles focos de siniestralidad de enfermedad profesional a través del sistema de alertas;
- índices incidencia, índices estadísticos que permiten expresar en términos relativos, la trascendencia de las enfermedades profesionales y discriminar la incidencia respecto de determinadas variables: estructura productiva, la actividad económica, grupo de enfermedad.

Consideramos relevante resaltar el esfuerzo que se está haciendo por utilizar la información recogida para estrategias preventivas, así como incidir en la bondad de la base de datos de CEPROSS que incluye niveles de depuración de la información.

Podría mejorarse favoreciendo el retorno de la información y haciendo posible una explotación de datos más flexible, que ofreciese la posibilidad de combinar las variables a estudiar ofreciendo estadísticas menos estáticas.

En relación con el reto de **fortalecer la calidad de diagnóstico**, es necesario formar a los médicos para mejorar su capacidad para detectar la relación de una enfermedad con el lugar de trabajo, ofrecerle unos criterios diagnósticos bien definidos y trabajar por la homogeneidad en el diagnóstico en todo el país. La siguiente imagen (Gráfico 3) recoge algunos intentos de trabajo por esa homogeneidad de criterios diagnósticos.

Gráfico 3. Directrices para la decisión clínica



El reconocimiento del carácter profesional de una enfermedad es un proceso de varias etapas, una corresponde al conocimiento del medio ambiente y condiciones de trabajo, otra al conocimiento clínico-biológico y otra al marco legislativo y médico-legal que permite establecer las diferencias entre las enfermedades profesionales y las comunes.

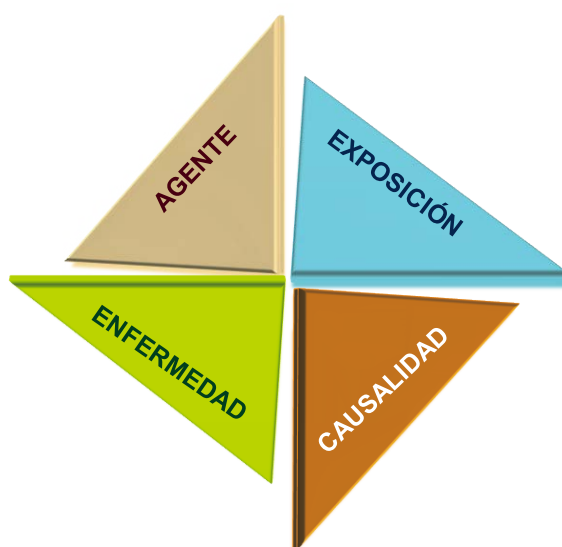
La complejidad técnica en el diagnóstico de una enfermedad profesional conlleva considerar factores como:

- variabilidad biológica: no todos los trabajadores expuestos a un mismo riesgo o a una condición patógena similar enferman y los que enferman, no lo hacen al mismo tiempo y con la misma intensidad;

- multicasualidad: una enfermedad puede tener diferentes causas o factores laborales y extralaborales que actúan simultáneamente y que contribuyen al desencadenamiento de la misma;
- inespecificidad clínica: la mayoría de enfermedades profesionales no tienen un cuadro clínico específico que permita relacionar la sintomatología con un trabajo determinado;
- condiciones de exposición: un mismo agente puede presentar efectos nocivos diferentes según las condiciones de exposición y en función de la vía de entrada al organismo.

La conjunción de cuatro elementos básicos: agente, exposición, enfermedad y relación de causalidad, permite distinguir cuándo una enfermedad es o no profesional y establecer las listas de las que serán reconocidas como tales y las condiciones para su calificación (Gráfico 4).

Gráfico 4. Elementos clave de una enfermedad



En relación con la causalidad, en ciencias biomédicas, los criterios de causalidad más comúnmente aceptados son los postulados por Bradford Hill. Entre ellos, los de validez interna (propios del estudio): fuerza de asociación, secuencia temporal y efecto dosis-respuesta. Entre los de coherencia científica: consistencia, plausibilidad biológica, especificidad de asociación y analogía.

También es preciso recordar, las posibilidades planteadas por el reto de **revisar y actualizar la lista** de enfermedades profesionales. La modificación del cuadro de enfermedades profesionales se realiza por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y requiere el informe previo del Ministerio de Sanidad y Consumo y de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. El informe científico que soporte la propuesta de modificación ha de ser realizado por una comisión técnica conjunta de ambos ministerios.

Las enfermedades no incluidas en el anexo 1 que sean incorporadas como enfermedades profesionales a la lista europea, son objeto de inclusión por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en el cuadro de enfermedades profesionales que se aprueba por Real Decreto vigente, previo informe del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Por último, el reto de **promover y fortalecer la prevención de las enfermedades profesionales**. La mejora de la visibilidad de las enfermedades profesionales no implica automáticamente un avance en su prevención. Actualmente, las prácticas preventivas siguen centradas en el trabajador y sigue vigente el concepto indemnizatorio versus el concepto preventivo. Muchas veces, la indemnización se relaciona con la banalización del riesgo, ocasionando situaciones mantenidas de riesgo.

ZIMMER afirma que existe un consenso cada vez mayor sobre la importancia de que las organizaciones de la seguridad social adopten medidas concretas para hacer frente a los retos que plantean las enfermedades profesionales. Estas serían:

- facilitar y motivar la elaboración de informes sólidos por las partes interesadas;
- fortalecer la calidad del diagnóstico, manteniendo formados a los médicos en esta materia;
- organizar el seguimiento de los trabajadores expuestos a riesgo mediante la realización de exámenes médicos, con posterioridad a la exposición, financiados por el seguro de accidentes de trabajo;
- elaborar listas de enfermedades profesionales actualizadas y revisarlas periódicamente;
- promover la prevención de las enfermedades profesionales;
- ofrecer incentivos mediante descuentos y primas para los seguros de accidentes de trabajo a fin de motivar a los empresarios para prevenir estos riesgos.

La AISS promueve activamente una estrategia tridimensional de prevención cuyos tres elementos fundamentales son la prevención de riesgos laborales, la reincorporación del trabajador y la promoción de la salud en el entorno de trabajo. La combinación de estos tres elementos, dentro del marco de una estrategia de coordinación, puede contribuir de un modo decisivo a reducir la incidencia de las enfermedades profesionales y a mitigar sus consecuencias negativas:

- prevención de los riesgos laborales: muchas enfermedades profesionales no tienen tratamiento médico efectivo. Cuando faltan tratamientos eficaces o cuando resulta difícil influir para que una persona cambie sus prácticas laborales, es necesario incidir en las medidas de prevención;
- reincorporación del trabajador al trabajo: uno de los desafíos de los regímenes de seguridad social es apoyar, cuando sea posible, el retorno al trabajo de las personas que perciben prestaciones de incapacidad. Con frecuencia, los trabajadores que perciben una prestación de este tipo no se reincorporan principalmente por la falta de una intervención precoz;
- y la promoción de la salud en el lugar de trabajo: atendiendo a los principales factores de riesgo en enfermedades evitables y no transmisibles. El lugar de trabajo es un escenario idóneo, para realizar actividades de información y sensibilizar a los trabajadores sobre aspectos relativos a la salud.

Para mejorar la prevención de las enfermedades profesionales, es relevante destacar la importancia que la evaluación de riesgos tiene en la transformación de las condiciones de trabajo. En este sentido, parece conveniente diferenciar entre la investigación, por primera vez, de un riesgo laboral y su gestión, una vez que es conocido que una determinada condición de trabajo es un factor de riesgo para la salud del trabajador. La investigación trata de descubrir en qué circunstancia una o un conjunto de condiciones de trabajo (estructurales, operacionales, organizacionales, etc.) produce con una determinada probabilidad, un efecto negativo sobre la salud del trabajador, sea éste una enfermedad o una lesión. La gestión pretende, a partir del conocimiento acumulado en el proceso anterior, identificar y medir la magnitud de los factores de riesgo presentes en la empresa una vez conocemos con detalle las condiciones de trabajo en aquella, así como la frecuencia y gravedad de los efectos sobre la salud (Gráfico 5).

Gráfico 5. Proceso de investigación y proceso de gestión

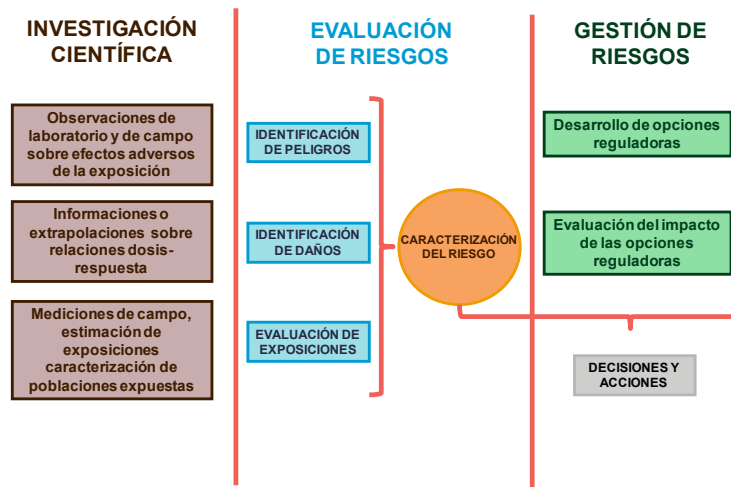


Fuente: Teoría general de la evaluación de riesgos. Castejón E G Benavides F, Moncada. Arch Prev Riesgos Laborales 1998; 2: 69-74

En este sentido, al referirnos aquí a la evaluación del riesgo se entiende como un proceso de gestión de los factores de riesgo que pueden existir en el seno de una empresa determinada (Gráfico 6).

Gráfico 6. Marco general de la evaluación de riesgos

MARCO GENERAL DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS

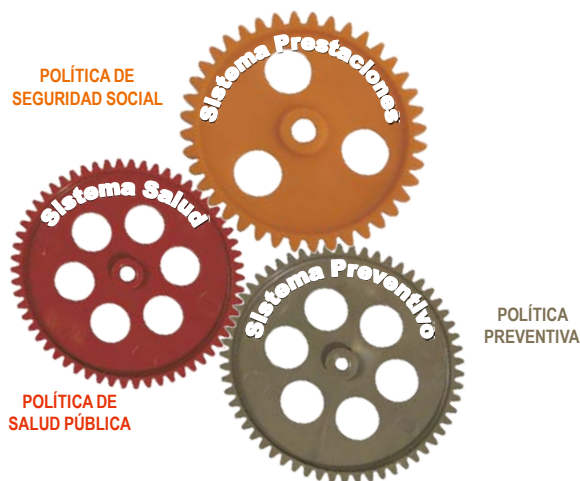


Fuente: Teoría general de la evaluación de riesgos. Castejón E G Benavides F, Moncada. Arch Prev Riesgos Laborales 1998; 2: 69-74

El último reto a afrontar es la **coordinación de las políticas públicas involucradas en la mejora de las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores**: política de seguridad social, política preventiva y política de salud pública (Gráfico 7).

Gráfico 7. Políticas públicas implicadas mejora de las condiciones y salud de seguridad de los trabajadores

POLÍTICAS PÚBLICAS DE MEJORA DE LA CONDICIONES DE LA SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES



Los retos que plantea la gestión de las enfermedades profesionales se encuentran en un punto decisivo. Tenemos que seguir trabajando y caminando juntos en cualquier caso, sería conveniente la puesta en común de experiencias gestoras en esta materia y la realización de un código de buenas prácticas de gestión en esta contingencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. La prevención de las enfermedades profesionales. Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2013. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_209555.pdf
2. Lund F. La protección social laboral de los trabajadores del sector informal. Revista Internacional de Seguridad Social 2012, vol.65, núm 4.
3. Informe anual 2012. Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS). Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/145097.pdf>
4. Zimmer S. Ciclo Global sobre los retos planteados por las enfermedades profesionales. Informe técnico 3. Asociación Internacional de Seguridad Social Disponible en: <http://193.134.194.37/esl/Recursos/Informes-Tecnicos/Ciclo-global-sobre-los-retos-planteados-por-las-enfermedades-profesionales.pdf>
5. Orden de 13 de mayo de 2010, por la que se crea el fichero con datos de carácter personal denominado Registro de comunicación de sospecha de Enfermedades Profesionales por los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
6. Diagnóstico sobre la situación de las enfermedades profesionales en Baleares. Esta publicación se enmarca dentro del proyecto de investigación sobre enfermedades profesionales en Baleares, subvencionado por la Conselleria de Treball i Formació de les Illes Balears (BOIB núm. 103, de 18 de julio de 2009). Disponible en: http://www.ib.ccoo.es/comunes/recursos/12/doc25699_Diagnostico_sobre_la_situacion_de_las_enfermedades_profesionales_en_Baleares.pdf
7. Informe de evaluación y seguimiento de los años 2009 a 2011 y estudio comparativo del primer trimestre 2012 respecto al primer trimestre de 2011. OSALAN. Subdirección de Planificación, Junio 2012. Disponible en: http://www.osalan.euskadi.net/contenidos/informacion/a_informacionestudios/es_informe/adjuntos/comunicaciones_sospecha_enfermedad_profesional.pdf
8. Ley 31/1995, de 8 de noviembre. Ley de Prevención de Riesgos Laborales (BOE 10/11/1995)

9. RD 1299/2006. REAL DECRETO 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE n.º 302 19-12-2006
 10. Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, sobre determinación de la contingencia causante en el ámbito de las prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia del sistema de la Seguridad Social.
 11. EVESCAP. Resolución de 14 de junio de 2011, de las Consejerías de Salud y Servicios Sanitarios y de Industria y Empleo, por la que se crea y regula el funcionamiento del Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional (EVASCAP) del Principado de Asturias.
 12. Instrucción 01/2007 del ICAM. Valoración de la contingencia profesional a través de una instrucción del Instituto Catalán de evaluación médica, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya.
 13. País Vasco. Procedimiento de comunicación de casos sospechosos de origen profesional por parte de los facultativos de Osakidetza y de los servicios de prevención.
 14. CSEP. Programa de comunicación de sospecha de enfermedad profesional desde atención primaria (CSEP).
 15. Protocolo de actuación para la comunicación de diagnósticos de sospecha de enfermedades profesionales por parte de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de la Región de Murcia.
 16. SISVEL Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral desarrollado por la Dirección General de Salud Pública de la Consellería de Sanitat, a través del Servicio de Salud Laboral.
 17. ORDEN TAS/1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales. BOE n.º 4 04/01/2007.
 18. Orden TIN/1448/2010, de 2 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo, por el que se regula el establecimiento de un sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias profesionales a las empresas que hayan contribuido especialmente a la disminución y prevención de la siniestralidad laboral.
 19. Castejón EG, Benavides F, Moncada. Teoría general de la evaluación de riesgos. Arch. Prev. Riesgos Laborales. 1998; 2: 69-74. Disponible en: <http://www.scsmt.cat/Upload/TextCompleto/2/9/296.pdf>
-

La sospecha de enfermedad profesional. Programas de vigilancia epidemiológica laboral

Montserrat García Gómez

Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.

Correspondencia

mgarciag@mssi.es

Resumen

El desconocimiento de la realidad de las enfermedades profesionales (EP) supone uno de los principales déficits de la prevención de riesgos laborales. El conocimiento del número de las enfermedades profesionales que realmente sufren los trabajadores, así como en qué actividades y lugares de trabajo ocurren, permitiría elaborar acciones preventivas más eficaces y promover el diagnóstico precoz para favorecer su tratamiento en el momento más efectivo, esto es, cuando se manifiestan los primeros síntomas, fase en la que, con frecuencia, un buen número de las afecciones todavía son reversibles.

Tras la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, han tenido lugar iniciativas relevantes de las administraciones y los agentes sociales con la finalidad de hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración de tales enfermedades. La más reciente, el Real Decreto 1299/2006, por el que se establecía un nuevo procedimiento de notificación y registro, que incorporó la comunicación de sospecha de enfermedad profesional por parte de los facultativos del SNS y de los servicios de prevención de riesgos laborales. Son ya 9 las Comunidades Autónomas que han desarrollado el procedimiento e iniciado los trabajos de declaración de la sospecha de EP. Se describen las iniciativas correspondientes a Navarra, Comunidad Valenciana y Asturias.

Palabras clave: *Enfermedades profesionales. Compensación. Declaración de sospecha. Amianto. Salud Laboral. España.*

Abstract

The lack of knowledge of occupational diseases (OD) represents one of the main shortcomings of the occupational risk prevention. Knowing the number and types of occupational diseases suffered by workers and in what activities and workplaces occur, should allow the development of more effective prevention policies, and promote early actions to facilitate their treatment in the most effective diagnostic time, that is, when the first symptoms appear, phase in which often a number of diseases are manifested still reversible.

Following the adoption of the Law on Prevention of Occupational Risks, relevant initiatives of administrations and social partners have occurred, in order to bring out hidden occupational diseases and prevent underreporting of such diseases. The latest, the Royal Decree 1299/2006, that establish a new procedure for reporting and recording, which includes the communication of suspected occupational disease by the doctors of the National health System and by the doctors of the occupational risk prevention system. There are 9 Autonomous Communities that have developed the procedure for the declaration of suspected OD. Corresponding initiatives to Navarra, Valencia and Asturias are described.

Key words: *Occupational Diseases. Compensation. Reporting of work-related diseases. Asbestos. Occupational Health. Spain.*

ENFERMEDADES PROFESIONALES

El desconocimiento de la realidad de las enfermedades laborales supone uno de los principales déficits de la prevención de riesgos laborales.

En el preámbulo del Real Decreto que aprueba la última reforma del sistema podemos leer que *se acordó modificar el sistema de notificación y registro, con la finalidad de hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración de tales enfermedades. En efecto, la información disponible indica que las deficiencias de protección a los trabajadores afectados por esta contingencia profesional se derivan, en gran medida, no sólo de la falta de actualización de la lista de enfermedades profesionales sino muy especialmente de las deficiencias de su notificación, producidas por un procedimiento que se ha demostrado ineficiente, sin una vinculación suficiente con el profesional médico que tiene la competencia para calificar la contingencia o con aquel otro que pueda emitir un diagnóstico de sospecha.*

La definición legal de enfermedad profesional implica la existencia de un nexo de causalidad directo con la actividad laboral: aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifican en un Cuadro, como desarrollo de la Ley General de la Seguridad Social que la define, y que está provocada por la acción de los elementos o sustancias que se indican para cada una de ellas (generalmente, un único agente causal). No obstante, no siempre es fácil establecer si una determinada enfermedad está relacionada con un único factor de riesgo. La titularidad de este sistema de aseguramiento corresponde a la Seguridad Social. Es un sistema público pero está gestionado, en su mayor parte, por entidades privadas, las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEPSS), controladas por los poderes públicos.

En la práctica, la identificación del origen profesional de una enfermedad es un ejemplo típico de toma de decisiones clínicas o de epidemiología clínica aplicada. La determinación del origen de una enfermedad, lejos de constituir una ciencia exacta, es una cuestión de juicio basado en un análisis crítico de los elementos disponibles, entre los que se deben incluir la intensidad de la asociación con el factor de riesgo, la concordancia, la especificidad, el horizonte temporal adecuado, el gradiente y la plausibilidad biológicos.

Para terminar de complicarlo sucede, además, que para la mayoría de las enfermedades potencialmente causadas por exposiciones profesionales existen también causas no relacionadas con el trabajo.

Todo lo anterior hace que en la actualidad en la mayoría de los países industrializados las estadísticas oficiales registren sólo una parte de las enfermedades derivadas del trabajo. Algunos autores estiman que los sistemas de indemnización por enfermedad profesional y accidente de trabajo compensan menos del 10% de los casos de enfermedad profesional y, en la mayoría de los casos, se trata de enfermedades leves, como la dermatitis.

Los sistemas de seguro de las contingencias profesionales tienen dos grandes limitaciones: la indemnización de los trabajadores enfermos en contadas ocasiones se ha orientado a la prevención (Voguel, 2008); y las enfermedades incluidas en las sucesivas listas solo representan una pequeña parte de los daños derivados del trabajo, aquellos en los que el trabajo es el único factor o el más importante.

Por lo tanto, las estadísticas sobre enfermedades profesionales no son un sistema de información para la prevención de riesgos laborales, sino un registro de aquellos daños de origen laboral que han sido objeto de compensación. Fruto de esta lógica, encontramos, por un lado, un subregistro en determinadas enfermedades laborales, y, por otro, altos números en otras, que no responden a la situación real de riesgo y daño derivado del trabajo (CNSST, 1999).

El conocimiento del número de las enfermedades profesionales que realmente sufren los trabajadores, así como en qué actividades y lugares de trabajo ocurren, permitiría elaborar acciones preventivas más eficaces y promover el diagnóstico precoz para favorecer su tratamiento en el momento más efectivo, esto es, cuando se manifiestan los primeros síntomas, fase en la que, con frecuencia, un buen número de las afecciones todavía son reversibles.

Desde el punto de vista de la persona, que la enfermedad laboral sea diagnosticada correctamente es vital. No sólo para la salud del trabajador. También para su bolsillo. El trabajador recibe un subsidio menor si la enfermedad que padece se reconoce como común (aproximadamente un 60% de su base salarial) en lugar de como profesional (el 75%). Además, en las enfermedades profesionales el trabajador tiene cubierto el 100% de su tratamiento farmacológico y médico.

Si conociésemos la realidad de las cifras de enfermedades derivadas del trabajo nos sorprendería comprobar que son mayores que las de los accidentes. Algunos autores aducen que, dado que conocemos muy bien los principios de la prevención primaria, lo importante es concentrar los esfuerzos en ella, eliminando o controlando las exposiciones nocivas en los centros de trabajo, dejando el sistema de indemnización por enfermedad profesional circunscrito a la recaudación y asignación de fondos destinados al pago de las prestaciones (Burger, 1989).

En nuestro país, se ha propuesto directamente la supresión de la figura administrativa de la enfermedad profesional, pasando a ser la detección y tratamiento de dicha patología responsabilidad de los Servicios Públicos de Salud, que deberían poner sus hallazgos en conocimiento de las Autoridades Laborales para que éstas pudieran requerir a las empresas las modificaciones pertinentes en el medio ambiente de trabajo (Castejón, 2002).

Desde el punto de vista de la financiación, el hecho de que las enfermedades profesionales no estén siendo reconocidas por el sistema de Seguridad Social como tales, sólo significa que están siendo consideradas como enfermedades comunes, y por lo tanto están siendo atendidas en cualquiera de los dispositivos del Sistema Nacional de Salud (SNS). Una adecuada gestión del gasto generado por estas enfermedades aparece como muy relevante para la sostenibilidad del sistema público de salud.

ENFERMEDADES DERIVADAS DEL TRABAJO

El concepto de enfermedad profesional, su notificación y su registro depende de decisiones administrativas en cada Estado, y exige la existencia de un nexo de causalidad directo entre actividad laboral y enfermedad. Pero esta es una interpretación restrictiva de la relación entre el trabajo y sus efectos nocivos sobre la salud, por diversos motivos.

En primer lugar, el desarrollo industrial ha ido acompañado de una disminución de las enfermedades infecciosas con un alargamiento de la esperanza de vida de la población, pero a la vez se ha producido un incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, que son multicausales. Las causas de las enfermedades laborales son hoy complejas. En algunos casos un factor de riesgo laboral puede ser la única causa de enfermedad, pero es mucho más frecuente que los factores profesionales incrementen el riesgo de enfermedad junto con otros factores. A menudo, agravan una enfermedad que ya se tiene. Los ejemplos son numerosos: cánceres, nefrotoxicidad por metales y disolventes, efectos sobre la reproducción, etc.

En segundo lugar, los límites entre exposición laboral y ambiental no están tan claros. Por ejemplo, la exposición a radiaciones ultravioletas o a determinados fármacos (como inmunosupresores y otros) no se consideran laborales, pero es indudable que hay ocupaciones que están más expuestas a dichas radiaciones o a la manipulación de fármacos. La exposición al amianto o a benceno se considera laboral, pero sectores

amplios de la población general están expuestos también a dichos cancerígenos (Kogevinas et al., 2005).

El concepto de enfermedades derivadas del trabajo, establecido en la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, en su artículo 4: *Se considerarán como daños derivados del trabajo las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo*, es más amplio que el de enfermedades profesionales, y cubre todas las enfermedades en las que el trabajo es un factor etiopatogénico más a tener en cuenta.

Podemos también denominarlas enfermedades laborales o enfermedades del trabajo, y con ellas encontramos otro tipo de dificultades, las referidas al tipo de evidencias científicas disponibles. Hay situaciones en las que conocemos bien la causa del aumento de enfermedades entre los trabajadores expuestos, por ejemplo, el mesotelioma en trabajadores expuestos a amianto. En otras situaciones sabemos que un grupo de trabajadores tiene un riesgo más alto, por ejemplo los pintores con respecto al cáncer de vejiga, pero no está claro qué sustancia produce este cáncer. Además, en el lugar de trabajo encontramos miles de exposiciones. Para unos centenares de éstas se ha demostrado, en experimentos con animales o en experimentos de laboratorio, que son agentes cancerígenos en animales, o que son mutágenos o genotóxicos, o hepatotóxicos, etc., pero no existen evidencias en humanos.

Estos problemas dificultan la elaboración de un listado completo de enfermedades del trabajo, fuera de unas decenas de agentes químicos o físicos aceptados de manera generalizada como causantes de riesgos laborales.

DIFICULTADES EN LA ELABORACIÓN DE UNA LISTA DE ENFERMEDADES DERIVADAS DEL TRABAJO

Tras la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, tuvieron lugar iniciativas relevantes de las administraciones y los agentes sociales para abordar esta temática. Las administraciones sanitarias en particular iniciaban el desarrollo del Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral (**SISAL**), para mejorar el conocimiento de los riesgos y daños de la población trabajadora, la vigilancia epidemiológica y la planificación y evaluación sanitaria en el ámbito de la salud laboral. El Grupo de Trabajo de Salud Laboral del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) consensuó los contenidos y procedimientos del Sistema, que fueron aprobados por la Comisión de Salud Pública, y fueron objeto de acuerdo en la Mesa de Diálogo Social en septiembre de 2001. Durante 2003 y 2004 se desarrollaron los trabajos técnicos de elaboración de una lista (de ayuda al diagnóstico) con las principales enfermedades objeto de comunicación por parte de los profesionales sanitarios, como posibles enfermedades profesionales. Lamentablemente, este proyecto quedó suspendido en 2005 a nivel estatal. Varias Comunidades Autónomas continuaron desarrollando sus sistemas a partir de estos trabajos.

Simultáneamente, se proyectaba la reforma de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, y su transformación en Red de Vigilancia de Salud Pública, proponiéndose la inclusión de la vigilancia de las enfermedades derivadas del trabajo y sus riesgos, quedando así redactado en el proyecto de Real Decreto que se elaboró. También este proyecto se paralizó en 2005.

Más recientemente, el Real Decreto 1299/2006, por el que se ha actualizado el cuadro de enfermedades profesionales, ha establecido un nuevo procedimiento de notificación y registro. En él se prevé la comunicación de sospecha de enfermedad profesional por parte de los facultativos del SNS y de los servicios de prevención de riesgos laborales, a través del órgano competente que designe cada Comunidad Autónoma. Para facilitar la identificación y notificación de la sospecha, en el seno del Grupo de Salud Laboral del CISNS, se aprobó la creación de un grupo de trabajo en 2009 que definiera el procedimiento. Uno de los elementos de mayor interés es que el facultativo del SNS

disponga de un sistema de alerta que, mediante una aplicación informática conectada a la historia clínica informatizada, relacione el diagnóstico médico con el cuadro de enfermedades profesionales y la actividad económica y/o la ocupación del trabajador.

Es evidente que para superar los límites de los datos derivados del aseguramiento (en el sentido de su modesto valor preventivo), deben trabajarse las sinergias con los otros dos sistemas implicados: el de la Prevención de Riesgos Laborales, con sus renovadas definiciones y nuevo enfoque de la vigilancia de la salud (aunque no se haya conseguido todavía implantar sistemas de prevención de riesgos laborales coherentes). Y el Sistema Sanitario, aplicando el enfoque y perspectiva de la salud pública al estudio y prevención de las enfermedades del trabajo.

La interpretación de las listas de enfermedades derivadas del trabajo se tiene que hacer con cuidado. Para los reguladores es útil caracterizar un agente o una industria como causante de enfermedad o no. Sin embargo, las principales causas de enfermedad y muerte actuales incluyen cadenas de causalidad extremadamente complejas, y debe tenerse en cuenta que dichas inclusiones pueden variar con el tiempo y también con el lugar. Conocer cuántas enfermedades y lesiones en una población definida derivan de la exposición a factores profesionales es altamente deseable, pero también un gran reto.

INICIATIVA ESTATAL PARA FAVORECER EL RECONOCIMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DERIVADAS DE LA EXPOSICIÓN AL AMIANTO

Debido al tiempo de latencia entre la exposición y la aparición de enfermedades derivadas del amianto se prevé que la tendencia en el incremento de la mortalidad por dichas enfermedades continúe, y que muchos de estos casos se den en jubilados. Estos hechos, unidos a la prohibición del amianto en España en 2001, provocaron que se planteara la vigilancia de la salud de los trabajadores que habían estado expuestos en el pasado. En 2002, el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas consensuaron un Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores expuestos al amianto (**PIVISTEA**) y el correspondiente Protocolo de Vigilancia Sanitaria Específica, con las organizaciones empresariales y sindicales, otras administraciones y las sociedades científicas, con el doble objetivo de garantizar una vigilancia sanitaria específica adecuada, uniforme y armonizada en todo el territorio nacional de estos trabajadores, por un lado, y el de facilitar el reconocimiento de la enfermedad profesional, tan deficiente, por otro.

Gracias a los procedimientos de búsqueda activa se están alcanzando coberturas muy superiores a las que se habían conseguido con la mera actuación institucional y elaboración de normativa. En el primer año de implantación del Programa (2004) se duplicó el número de trabajadores atendidos (se partía de 2.500 trabajadores contenidos en el RERA, vigente desde 1984), y en el tercer año se multiplicó por 6 este número. En diciembre de 2012 un total de 35.630 trabajadores, de 13 CC. AA. y 1.529 empresas, estaban incluidos en el Programa.

La implantación del Programa representa un ejemplo de colaboración entre el Sistema Nacional de Salud, el Sistema de Prevención de Riesgos Laborales y el Sistema de Seguridad Social. Implica a numerosos profesionales de atención primaria y especializada de los servicios públicos de salud, además del personal de los servicios de prevención de las empresas, y el propio de las Unidades de Salud Laboral de la estructura de Salud Pública de las Comunidades Autónomas. Ello conlleva, además de las dificultades de las tareas de coordinación entre instituciones y estructuras tan diferentes competencial y organizativamente, la formación de numerosos profesionales en salud laboral, y la oportunidad de mostrar a los profesionales de atención primaria y especializada del Sistema Nacional de Salud la importancia que pueden tener las exposiciones laborales en la etiología de algunos de los procesos que atienden en sus consultas (García Gómez et al., 2005; 2013).

Los datos recopilados para su evaluación ponen de manifiesto una reducida tasa de reconocimiento como enfermedad profesional de las enfermedades derivadas de la exposición al amianto (se han diagnosticado en el Programa 3.398 enfermedades derivadas de la exposición al amianto y, de éstas, se han reconocido como enfermedad profesional 64 casos, lo que supone un 1,88% del total de enfermedades diagnosticadas), lo que evidencia una discordancia entre los resultados clínicos del Programa y la determinación de contingencia por el INSS.

INICIATIVAS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA LA DECLARACIÓN DE LA SOSPECHA DE EP

Son ya 9 las Comunidades Autónomas que han desarrollado el procedimiento e iniciado los trabajos de declaración de la sospecha de EP. Por razones de espacio y tiempo, que impiden abarcarlas todas, nos detendremos en las iniciativas correspondientes a Navarra, Comunidad Valenciana y Asturias.

Navarra

El programa de Vigilancia Epidemiológica en Salud Laboral con la Red de Médicos Centinela de Salud Laboral implantado en Navarra constituye una buena experiencia para la detección de patología de posible origen laboral que se está atendiendo en el sistema público de salud y exige, fundamentalmente, una buena labor de coordinación.

Recientemente sus responsables han publicado el análisis de los sucesos centinela ocupacionales notificados por atención primaria entre 1998 y 2005 y que fueron estudiados hasta 2007 (García López V, 2011). En el periodo fueron notificados 2.055 casos, 1.223 con identificación personal y 832 sin datos de identificación (59,5% y 40,5%, respectivamente). Comprenden a 1.192 tendinitis de codo, 360 casos de túnel carpiano, 86 de asma ocupacional/RADS y 417 de dermatosis. Supone una incidencia en 2005 de 332,8 por 100.000 trabajadores. Únicamente el 21,9% de los casos estaba de baja laboral. El 10,5% de los casos habían consultado en atención primaria por rechazo de atención en Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. El valor predictivo positivo del sistema es del 72 % (casos confirmados como laborales). El 41% tienen algún parte de enfermedad profesional; en el 51% fue anterior su notificación como profesional y en el 49% como suceso centinela.

Comunidad Valenciana

El sistema de detección de enfermedades laborales de la Comunidad Valenciana (Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral – SISVEL), implantado en todos los centros de salud de esa Comunidad, permitió detectar en 2012 un total de 1.318 sospechas de enfermedades profesionales, lo que supuso una media de 109 comunicaciones al mes (Esteban Buedo V, 2013). Esta herramienta, cuyo objetivo es facilitar la detección y declaración de enfermedades profesionales, permite a la Conselleria de Sanitat valenciana mejorar la promoción de la salud en el trabajo y la protección de la salud de las personas que trabajan, ya que para, planificar adecuadamente las actividades sanitarias en dicho entorno, es imprescindible conocer bien los daños para la salud de origen laboral.

Para conseguirlo, en 2010 la Conselleria de Sanitat puso en marcha dentro de sus actuaciones de Salud Laboral el SISVEL, un sistema que permite, tanto a los médicos de atención primaria o especializada desde la aplicación Abucasis, como a los servicios de prevención de riesgos laborales desde un portal de internet habilitado al efecto, comunicar posibles enfermedades laborales. De este modo, a través de las Unidades de Salud Laboral, SISVEL comunica por Internet al sistema sanitario público con el sistema preventivo de las empresas (servicios de prevención de riesgos) y con el sistema de atención y notificación oficial de los daños laborales (principalmente mutuas y empresas

colaboradoras), con la posibilidad de participación y acceso por parte de la Administración laboral.

El sistema ha permitido ya a la Conselleria de Sanitat mejorar en el conocimiento y, por tanto, en la actuación preventiva y reparadora sobre dichas enfermedades, y que los médicos puedan más fácilmente cumplir su obligación legal con la ayuda de este sistema proactivo, que les orienta a la hora de determinar el origen laboral de la patología. Además, el sistema permite vigilar enfermedades concretas, por su interés para la salud pública (alta prevalencia, acumulaciones espacio-temporales de casos, etc.), o por estar incluidas en el RD 1299/2006, que establece los criterios de registro de enfermedades profesionales contempladas por la seguridad social, realizando un estudio epidemiológico adicional.

Más del 90% de las comunicaciones de sospecha proceden de los facultativos de la Agència Valenciana de Salut, y en 970 casos se solicitó el estudio de la Unidad de Salud Laboral correspondiente. Más del 80% de los casos comunicados corresponden a enfermedades osteomusculares, en su mayoría síndromes del túnel carpiano.

Principado de Asturias

Por resolución de 14 de junio de 2011 de las Consejerías de Salud y Servicios Sanitarios y de Industria y Empleo, se crea y regula el funcionamiento del Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional (EVASCAP) del Principado de Asturias. Se inicia así un programa de detección y comunicación de cáncer profesional basado en la IT por enfermedad común. Se constituye un Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional (EVASCAP) y se crea un registro de cáncer laboral en Asturias (cancERT). En septiembre de 2013, se habían estudiado 456 casos (Rodríguez Suárez V, 2013), de los cuales 23 fueron catalogados como enfermedades profesionales (5%), 57 como enfermedades relacionadas con el trabajo (ERT) (12,5%), y 378 como enfermedades comunes (82,9%). El Instituto Nacional de la Seguridad Social procedió a un cambio de contingencia en 8 casos de cáncer, concediendo la calificación de enfermedad profesional.

Entre las principales fortalezas del EVASCAP sus responsables destacan la creación de un equipo de valoración de cáncer de la administración autonómica (EVASCAP); la colaboración de las autoridades sanitarias y laborales en prevención de riesgos; la participación de la Consejería de Sanidad, del Servicio de Salud y del Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales en la valoración de casos; la investigación de casos por el Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales y el registro sistemático de todas las IT por enfermedad común con diagnóstico de cáncer recogido en el cuadro de EP.

Y entre las mejoras necesarias destacan desarrollar el programa en los servicios de prevención; mejorar la relación con el INSS; implementar herramientas en atención primaria para que los médicos dispongan de alertas en situaciones diferentes de IT; implicar a atención especializada (ciertos servicios hospitalarios); incluir a enfermería como apoyo médico para obtener los antecedentes laborales; incluir a los registros hospitalarios de cáncer en la comunicación de algunos cánceres; implicar a las mutuas que gestionan la IT por enfermedad común con diagnóstico de cáncer, de forma que tengan que recoger una historia laboral y enviarla a la Consejería de Sanidad y profundizar la coordinación con el MSSSI y con otras CCAA para entre todos favorecer la modificación (ampliación) de la lista de EP.

Valoración médica de la contingencia profesional

Medical assessment on occupational pathology

José Rafael Lobato Cañón

Médico Inspector Jefe. INSS. Dirección Provincial de Alicante.

Correspondencia

jose-rafael.lobato@seg-social.es

Resumen

Introducción: El trabajo es fuente de riesgos para la salud de los trabajadores de tipo material, físico, químico y biológico, además de los riesgos derivados de las condiciones de trabajo inadecuadas, que condicionan un patrón patológico derivado de la combinación de traumatismos repetitivos, problemas de espalda, cáncer laboral, daños genéticos y la patología psicosocial.

Objetivo: Determinar el procedimiento para determinar el origen laboral de las patologías derivadas del trabajo.

Metodología: El diagnóstico y valoración de las Enfermedades Profesionales (EP) se basa en criterios diagnósticos y de exposición laboral, y del Accidente de Trabajo (AT) se basará en criterios fundamentalmente legales.

Discusión: Los criterios diagnósticos de la EP incluyen la confirmación diagnóstica establecida en base a su cuadro clínico, síntomas, signos, exploración y pruebas diagnósticas complementarias. Los criterios de relación laboral incluyen la exposición al riesgo, temporalidad, trabajadores sensibles y factores extra-laborales que puedan ser la causa principal de la enfermedad, indicadores ambientales, indicadores biológicos, cancerígenos, sensibilizantes, y criterios éticos en la valoración.

Los criterios de valoración de los AT se basaran en criterios legales y jurisprudenciales.

Se indican los pasos que ha de incluir el procedimiento de determinación de contingencia, al tiempo que se determina al organismo legalmente competente para ello.

Palabras clave: *Enfermedad profesional, accidente de trabajo, determinación de contingencia.*

Abstract

Introduction: Work is a source of mechanical, physical, chemical and biological health risks for workers, in addition to risks due to inadequate working conditions, which provide a pathological pattern consequence of the combination of repetitive trauma disorders, back problems, occupational cancer, genetic damage and psychosocial pathology.

Objective: Establish the procedure to determine the occupational origin of diseases arising from work.

Methodology: The diagnosis and assessment of Occupational Diseases (OD) is based on diagnostic criteria and employment exposure, and that of Work Accident (WA) is mainly based on legal criteria.

Discussion: The diagnostic criteria of OD include diagnostic confirmation established in base of their clinical symptoms, signs, additional exploration and diagnostic tests. Employment criteria include risk exposure, timing, sensitive workers and extra- occupational factors that may be the main cause of the disease, environmental indicators, biological indicators, carcinogens, sensitizers, and ethical criteria in the assessment.

The endpoints of the AT were based on legal and jurisprudential criteria.

The steps the contingency determination process must follow were included, while it is determined the organism legally responsible for this.

Key words: *Occupational disease, work accident, contingency determination.*

INTRODUCCIÓN

La necesidad del ser humano de ganar el pan con sudor, supone que para conseguir todos aquellos bienes que precisa, le son útiles, o incluso que desea para su vida ha de aplicar su esfuerzo.

La socialización y evolución de las relaciones humanas ha conllevado la especialización de la actividad humana, retribuida mediante unidades monetarias, que es el origen del trabajo y las relaciones laborales tal como las conocemos hoy.

La necesidad de trabajar influye directamente sobre la salud humana, de forma positiva y negativa. Los efectos positivos del trabajo se derivan de la estructuración del mundo social del adulto entorno al trabajo, mediante el que se fomenta el desarrollo personal, le confiere estatus y le facilita la integración social, siendo fuente de salud tanto física como sobre todo mental.

El trabajo también tiene efectos no deseados e incluso negativos sobre la salud, ya que genera fatiga, que si supera los límites que es posible recuperar mediante el descanso adecuado puede originar daños tanto físicos como psicosociales sobre el trabajador.

Si las condiciones de trabajo no son adecuadas afectarán a la salud del trabajador generando enfermedades, que como decía Bernanino Ramazzini en su obra "De morbis artificum diatriba" (1700), "*donde esperaban obtener recursos para su propia vida y para el mantenimiento de su familia, no pocas veces contraen gravísimas enfermedades y, maldiciendo el oficio al que se habían entregado, acaban por abandonar la compañía de los vivos*".

Además, la práctica inadecuada de la actividad laboral, o incluso sin respetar los principios de prevención dará lugar a situaciones accidentales que pueden dañar al trabajador, e incluso provocándole la muerte.

Los riesgos para la salud del trabajador se pueden sistematizar en tres grandes apartados:

1. Riesgos materiales, que pueden originar un accidente de trabajo.
2. Riesgos derivados de la exposición a contaminantes físicos, químicos y biológicos, que si se produce a niveles muy elevados de forma brusca darán origen a accidentes de trabajo, o si la exposición es a niveles inferiores pero mantenidos originará enfermedades profesionales, que dependiendo de la diana celular sobre la que actúe el contaminante, si esta es el material genético o el contaminante posee efecto no estocástico (dosis independiente), podrá afectar al trabajador o incluso a generaciones futuras.
3. Riesgos derivados de condiciones de trabajo inadecuadas que provocarán repercusiones psicológicas sobre el trabajador (ej.: síndrome de burn out) o incluso afectarán a la integración social y laboral del trabajador (ej.: acoso laboral).

La materialización de estos riesgos condiciona el patrón patológico laboral en las empresas, que podemos definir como combinación de traumatismos repetitivos, problemas de espalda, cáncer laboral, daños genéticos y la que podemos considerar como patología emergente, la patología psicosocial.

Al valorar las patologías laborales, apreciamos dos conceptos diferentes:

1. Daños derivados del trabajo: Se trata de un concepto médico, basado en la relación científica epidemiológica y fisiopatológica entre el trabajo y las patologías, con carácter amplio y dinámico, sin estar sometido a listados o consideraciones normativas, constituyendo un conjunto abierto de patologías, con aplicación universal, independientemente del tipo de relación laboral. Este concepto tiene relación directa con la prevención, y su base legal se encuentra

en el artículo 4.3 de la LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

2. Enfermedades Profesionales: Concepto de base legal, que ha de cumplir unos preceptos, basados en una relación reglamentaria con un procedimiento de notificación y de declaración, con carácter concreto y estático reflejado en un listado de patologías en relación con la exposición cada una de ellas a un riesgo concreto, y de aplicación según relación laboral. Este concepto se relaciona directamente con el aseguramiento de la reparación del daño laboral, y su base legal es el artículo 116 de la Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS).

Los **Sistemas de Seguridad Social** surgen en el siglo XIX, cuando los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales hacen que los obreros que se hacían en las ciudades, sin oficio propio y constituyendo mano de obra, sufran una pérdida de capacidad funcional que les impide poner su esfuerzo al servicio de la empresa para poder obtener su sustento, e incluso el de su propia familia generando situaciones de necesidad que son protegidas por estos sistemas de aseguramiento.

Las situaciones de necesidad cubiertas por los sistemas de Seguridad Social, en principio se circunscriben a las que acontecen en el trabajo, y posteriormente se extienden a las situaciones de infortunio que tiene su origen fuera del trabajo, protegiendo dos tipos de contingencias, comunes y profesionales.

La cobertura de las contingencias comunes requiere haber cumplido una serie de requerimientos para poder acceder a la prestación, como haber cotizado un periodo previo al hecho causante (carencia), estar en situación de alta, solo cubre prestaciones por incapacidad, y estas no son revisables tras jubilación.

Sin embargo la cobertura de las contingencias profesionales tiene una mayor protección, pudiendo acceder a la prestación sin carencia, el alta en el sistema es presunta aunque el empresario haya incumplido sus obligaciones, las prestaciones incluyen lesiones permanentes no invalidantes (indemnizaciones), las prestaciones por enfermedad profesional son reclamables y revisables siempre, aunque haya fallecido el causante, pueden dar origen a cambio de puesto de trabajo, si ha existido incumplimiento de medidas de prevención por el empresario se le sancionará con un recargo de prestaciones que cobrará el trabajador, incluyen la posibilidad de periodos de observación para poder completar el diagnóstico de enfermedades profesionales, y dan lugar a mayores prestaciones en farmacia (sin aportación por el trabajador), tratamientos (prótesis) y a nivel económico.

ENFERMEDADES PROFESIONALES

Se entenderá por **enfermedad profesional** la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. (Art. 116 Ley General de la Seguridad Social).

Este concepto se ha ampliado a los trabajadores autónomos mediante la Ley 53/2002, de 30 de diciembre, Ley de Medidas Fiscales y Administrativas de Orden Social (Art. 40.4) que modifica la LGSS introduciendo la disposición adicional DA 34.^a que permite que puedan mejorar voluntariamente la acción protectora en AT y EP optando al tiempo por la cobertura de la prestación de Incapacidad Temporal mediante una MATEPSS. El artículo 26.3 y la disposición adicional 3.^a de la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajador autónomo, establece la obligatoriedad de cotización por contingencia profesional de los trabajadores autónomos económicamente dependientes. Se extiende la acción protectora por contingencias profesionales a los trabajadores incluidos en el

Régimen Especial de la Seguridad Social de los Empleados de Hogar, mediante la Ley 39/2010 de Presupuestos Generales del Estado para 2011, de 22 de diciembre (BOE 23/12/2010), disposición final 3.ª 9 D.A. 53.ª LGSS, y se les integra en el Régimen General de la Seguridad Social mediante la Ley 27/2011 disp. adic. 39.ª y disposición transitoria única, BOE 2-8-11; LGSS disp. adic. 7.ª 2, 8.ª 4 y 11.ª bis.3, modifica Ley 27/2011 disp. adic. 40.ª 3, 4 y 5, BOE 2-8-11.

La definición de enfermedad profesional hace referencia a un cuadro de enfermedades profesionales, que parte de la lista Europea de Enfermedades Profesionales establecida mediante la Recomendación de la Comisión de 19-09-2003, y se establece en el anexo 1 del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro y que establece cinco grupos de enfermedades:

Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.

Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.

Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.

Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

El mismo Real Decreto 1299/2006, establece en su anexo 2 la lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el cuadro de enfermedades profesionales podría contemplarse en el futuro, agrupada en los mismos 6 grupos que el cuadro de enfermedades profesionales.

Cabe destacar que el cuadro de enfermedades profesionales, al igual que la lista europea, relaciona estas con la exposición al riesgo, y no como en la legislación anterior, en relación a los puestos de trabajo concretos, apareciendo algunos puestos de trabajo como indicativos pero no exclusivos al abordar algunas enfermedades profesionales.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

El diagnóstico y valoración de las Enfermedades Profesionales se basa en criterios diagnósticos y en criterios de relación laboral. Los criterios diagnósticos incluyen la confirmación diagnóstica establecida en base a su cuadro clínico, síntomas, signos, exploración y pruebas diagnósticas complementarias, que permitan completar el diagnóstico diferencial.

Los **criterios de relación laboral de la patología** forman parte del proceso de valoración de la contingencia de la enfermedad, incluyendo:

1. Exposición al riesgo, que habrá de estar correctamente definido, pudiendo este ser concreto, o bien una condición de trabajo inadecuada, que habrá de confirmarse mediante la evaluación de riesgos, niveles ambientales o biológicos de exposición. La exposición ha de ser cuantificada estableciendo el nivel de riesgo en base a la intensidad y duración, siempre teniendo en cuenta los valores de referencia ambiental o biológica. La exposición determina el riesgo que es la referencia para el código de inclusión de la patología en el cuadro de Enfermedades Profesionales (R.D. 1299/2006).
2. Temporalidad, constatando que la exposición al riesgo ha sido previa a la enfermedad, que ha existido un nivel mínimo de exposición (duración e intensidad mínimas), teniendo en cuenta que los niveles de exposición no serán a

cancerígenos y sensibilizantes. El concepto de temporalidad incluye otros conceptos importantes:

- a) Tiempo de latencia: Máximo tiempo entre la finalización de la exposición y la aparición de la enfermedad. Que determinará el plazo máximo para la reclamación de la EP una vez finalizada la exposición al riesgo, o la actividad en su caso.
 - b) Tiempo de inducción: Mínimo tiempo entre el inicio de la exposición y la aparición de la enfermedad.
3. Trabajadores sensibles, que la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, define en su artículo 25, como aquellos que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo, estableciendo que no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro. La inobservancia de lo establecido puede considerarse como un incumplimiento del deber de prevención por parte del empresario, asimilable a un incumplimiento de medidas de seguridad e higiene en el trabajo, y por tanto acreedor de la imposición de un recargo de prestaciones.
 4. Factores extra-laborales, definidos como aquellos que actuado con la suficiente entidad o intensidad pueden ser considerados como la causa principal de la enfermedad, sin relación con el trabajo desempeñado, incluyendo problemas de salud, hábitos personales, e incluso exposición extra-laboral a los agentes causantes de la enfermedad, en actividades lúdicas o de ocio.
 5. Indicadores ambientales, son límites de exposición sin finalidad diagnóstica de patologías laborales, pero indican existencia del riesgo, y si se superan indican una exposición global al riesgo o incluso un control de los riesgos deficiente.
 6. Indicadores biológicos, son límites de exposición sin finalidad diagnóstica de patologías laborales, indican exposición e incluso sobre-exposición al riesgo, teniendo en cuenta que pueden estar influenciados por factores individuales metabólicos o personales, por lo que han de ser valorados por especialistas.
 7. Cancerígenos, las consecuencias de la exposición a sustancias cancerígenas es de difícil valoración, ya que los tumores a los que dan origen carecen de especificidad histológica. Pueden existir marcadores que indican exposición, no diagnóstico, y este se basa en muchas ocasiones en una fuerte asociación epidemiológica en grupos profesionales expuestos. También hay que tener en cuenta que la carcinogenicidad puede ser compartida o potenciada por sustancias con exposición no laboral (ej.: tabaco).
 8. Sensibilizantes, los órganos más afectados son piel y sistema respiratorio, se desconoce un nivel y tiempo de exposición necesarios para la sensibilización, con gran variabilidad, y además con influencia de factores individuales (atopia). No existe nivel seguro una vez sensibilizado el trabajador, sin que sean aplicables los indicadores ambientales.
 9. Ética en la valoración, pueden ser necesarias pruebas diagnósticas, debiendo indicarse solo las indispensables, basándose siempre en valoración especializada, dando prioridad a la valoración documental de lo realizado, y si fuese preciso se recurrirá a pruebas inocuas y no molestas, sin que estén justificadas pruebas invasivas (biopsias) sin finalidad terapéutica y realizadas en entornos de seguridad y por personal especializado, especialmente aquellas pruebas que impliquen riesgo vital (provocación).

ACCIDENTES DE TRABAJO

Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena (Art. 115 LGSS).

También tendrán la consideración de accidentes de trabajo:

1. Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo (Art. 115.2.e).
2. Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente (Art. 115.2.f).
3. Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación (Art. 115.2.g).
4. Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo (Art. 115.3).

El accidente de trabajo en el caso de trabajadores autónomos se define como el ocurrido como consecuencia directa e inmediata del trabajo que realiza por su propia cuenta y que determina su inclusión en el campo de aplicación del régimen especial (Art. 3.2 del R.D. 1273/2003).

El establecimiento de la causalidad patológica para la calificación como contingencia profesional, en el caso de la enfermedad profesional calificada como tal ha de incluir una doble relación: Trabajo —Agente enfermante— Enfermedad. En los daños derivados del trabajo hay que tener presente la génesis multifactorial y concausalidad presentes en la enfermedad relacionada con el trabajo, enfermedad ergonómica, enfermedad psicosocial y la multi-exposición.

La inclusión como accidente de trabajo de una determinada patología puede ser por criterios de lesión traumática súbita, enfermedad del trabajo, agravamiento de lesiones previas o enfermedades intercurrentes, o bien por criterios de lugar y tiempo con matices jurisprudenciales: In itinere, Iuris tantum, In misión, salvamento o representación sindical.

Los matices jurisprudenciales establecen inclusiones como accidente de trabajo en el caso de la imprudencia profesional y responsabilidad de terceros relacionada con el trabajo, y exclusiones en el caso de imprudencia temeraria, responsabilidad de terceros ajena al trabajo, dolo, fuerza mayor (excepto rayo e insolación), In itinere en autónomos o clero.

DETERMINACIÓN DE CONTINGENCIA

Los datos que son precisos para proceder a valorar la contingencia han de incluir:

1. Datos personales del trabajador.
2. Definición de la profesión.
3. Identificación de los riesgos.
4. Circunstancias del accidente.
5. Establecimiento de la situación laboral.
6. Información sobre asistencia y tratamiento.
7. Confirmación diagnóstica.

Una vez identificado el trabajador, se define la profesión, teniendo en cuenta el puesto de trabajo que desempeña, tiempo en el mismo y tareas ejecutadas, así como los trabajos anteriores recogiendo para cada uno de ellos el tiempo de desempeño, tareas y riesgos con los máximos datos posibles para su identificación.

La valoración de los riesgos se realizará teniendo en cuenta la evaluación de riesgos, los resultados de la vigilancia de la salud, ponderando posibles exposiciones extra-laborales, e incluso pidiendo información al Servicio de Prevención, valorando la información y formación preventiva recibidas por el trabajador, o a través de la MATEPSS y la empresa, que si ha desaparecido, se buscarán registros, o pueden inferirse a partir de la actividad que la empresa desempeñaba.

Las circunstancias del accidente, son determinantes en muchas ocasiones, incluyendo lugar, fecha, hora, naturaleza del accidente, mecanismo causal de las lesiones y los elementos de prueba (documental y testifical) que se aporten, y en los pacientes activos se establecerá la situación laboral, comprobando períodos de Incapacidad Temporal o de observación (en el caso de Enfermedades Profesionales), la contingencia inicial y si han existido valoraciones previas y cuál ha sido el resultado de estas (AT/EP), o si ha existido alguna valoración de Incapacidad Permanente y su contingencia.

Finalmente se realizará la confirmación diagnóstica a partir del diagnóstico inicial comprobando la evolución clínico-laboral, los resultados de las pruebas complementarias y la existencia o no de otros diagnósticos asociados. Será también un elemento importante el tipo de asistencia y que entidad la ha realizado, así como el tipo de tratamiento efectuado.

En caso de recaída, se incluirá también:

1. Coincidencia diagnóstica.
2. Topografía de la lesión.
3. Correlación temporal.
4. Correlación etiológica.
5. Plausibilidad fisiopatológica.
6. Alegación de laboralidad.

La competencia determinación contingencia, se establece en el RD 1300/1996, que establece:

1. ARTÍCULO 1.1 d) – Competencia del INSS para la determinación de la Mutua de AT y EP o empresa colaboradora responsable de las prestaciones que resulten procedentes en materia de incapacidades laborales.
2. ARTÍCULO 3.1 f) – Será función de los EVI la determinación del carácter común o profesional de la enfermedad que origina la situación de incapacidad temporal o muerte del trabajador.

La competencia determinación contingencia se amplía en el artículo 3 del RD 1299/2006 que aborda la calificación de las enfermedades profesionales estableciendo: “La calificación de las enfermedades como profesionales corresponde a la entidad gestora respectiva, sin perjuicio de su tramitación como tales por parte de las entidades colaboradoras que asuman la protección de las contingencias profesionales, de conformidad con las competencias y sistema de recursos recogidos en el Real Decreto 1300/1995, ... Corresponde también a la entidad gestora la determinación del carácter profesional de la enfermedad respecto de los trabajadores que no se encuentren en situación de alta.”

La comunicación de enfermedades profesionales se regula en el artículo 5 del RD 1299/2006, que establece: “Cuando los facultativos del Sistema Nacional de Salud, con ocasión de sus actuaciones profesionales, tuvieran conocimiento de la existencia de una enfermedad de las incluidas en el anexo 1 que podría ser calificada como profesional, o bien de las recogidas en el anexo 2, y cuyo origen profesional se sospecha, lo comunicarán

a los oportunos efectos, a través del organismo competente de cada comunidad autónoma y de las ciudades con Estatuto de Autonomía, a la entidad gestora, a los efectos de calificación previstos en el artículo 3 y, en su caso, a la entidad colaboradora de la Seguridad Social que asuma la protección de las contingencias profesionales. Igual comunicación deberán realizar los facultativos del servicio de prevención, en su caso.”

El RD 1430/2009, para los casos de cambio de puestos de trabajo en enfermedades profesionales, establece en el artículo 5.2: “La existencia de la enfermedad profesional se acreditará mediante certificación del correspondiente equipo de valoración de incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social.”

Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, sobre determinación de la contingencia causante en el ámbito de las prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia del sistema de la Seguridad Social, establece: “Primero.–Todos los expedientes tramitados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en materia de prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia que se resuelvan sin considerar como enfermedad profesional a la contingencia causante, pese a contarse con indicios que pudieran hacer presumir la existencia de dicha clase de patología, deberán ser remitidos de forma inmediata a la correspondiente dirección provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, con el fin de que la misma cuente con información suficiente acerca de las razones en que se amparan las mencionadas resoluciones y pueda, en su caso, determinar la contingencia causante, así como resolver en el mismo sentido las posibles reclamaciones previas que presenten los interesados, de acuerdo con lo establecido en el párrafo segundo del artículo 71.2 del Texto Refundido de la Ley de Procedimiento Laboral, aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril.”

La Resolución Secretaría de Estado SS 19/09/2007, también define los indicios que pudieran hacer presumir la existencia de una enfermedad profesional como partes emitidos por la propia entidad colaboradora, informes de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, de los servicios de prevención o de los servicios médicos de la empresa, o de otros organismos e instituciones con competencia en prevención y cobertura de las enfermedades profesionales, o comunicaciones de los facultativos del Sistema Nacional de Salud.

La Resolución Secretaría de Estado SS 19/09/2007 también incluye: “En todo caso, deberán remitirse al Instituto Nacional de la Seguridad Social todos los expedientes que correspondan a partes de enfermedad profesional comunicados mediante el sistema CEPROSS, establecido por la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales, cuando se proceda a su cierre como procesos de enfermedad común o accidente de trabajo.”

El procedimiento de determinación de contingencia puede sistematizarse de la siguiente forma:

Inicio, a instancias de:

1. Trabajador.
2. De oficio por INSS.
3. Propuesta de MATEPSS.
4. Propuesta de empresa colaboradora.
5. Petición razonada de Inspección Médica SPS.
6. Petición razonada de Inspección de Trabajo.

Fase de información, mediante solicitud de información y alegaciones a:

1. Inspección Médica.
2. Empresa especialmente a través de su Servicio de Prevención para aportar la Evaluación de Riesgos.

3. MATEPSS.
4. Inspección de Trabajo.
5. Interesado como ampliación.

Tramitación con valoración médica y ponencia, valoración en EVI y Resolución Dirección Provincial INSS competente.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Commission. Information notices on occupational diseases: a guide to diagnosis Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009.
2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE n.º 269 10/11/1995.
3. Lista Europea de Enfermedades Profesionales. Recomendación de la Comisión de 19-09-2003 (DOCE, 25-09-03).
4. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Actualización 2013 (NIPO 271-13-004-X).
5. Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social (BOE núm. 198, de 19 de agosto de 1995).
6. Real Decreto 1273/2003 de 10 de octubre regula la cobertura de contingencias profesionales de trabajadores autónomos y por cuenta propia (BOE 22-10-03).
7. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro (BOE núm. 302, de 19 de diciembre de 2006).
8. Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal (BOE núm. 235, de 29 de septiembre de 2009).
9. Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, sobre determinación de la contingencia causante en el ámbito de las prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia del sistema de la Seguridad Social (BOE 22/09/2007).

Implantación de un programa para la declaración de sospecha de enfermedad profesional. La experiencia de Osakidetza

Carlos Solá Sarabia

Subdirector de Asistencia Sanitaria del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).

Correspondencia

CARLOS.SOLASARABIA@osakidetza.net

INTRODUCCIÓN

La enfermedad profesional es una importante parcela de intervención por parte de las autoridades sanitarias por su importante impacto en términos de morbilidad, epidemiológicos, laborales, o sociales, económicos en definitiva.

Desde hace mucho tiempo este problema aparece como un área de intervención preferente en los **PLANES DE SALUD** de la CAV.

Son patologías, enfermedades, que no accidentes, relacionadas con el trabajo y que deben estar incluidas en los listados oficiales que la legalidad vigente establece.

La aparición, en Diciembre de 2006, del RD 1299, en el que se regulaban los criterios para su notificación y registro, así como la aprobación del cuadro de enfermedades profesionales (EP), obliga a las administraciones sanitarias a desplegar sus líneas de actuación, adaptándolas a su contexto organizativo concreto.

Por qué comunicar

El mencionado decreto, en su artículo 5, establece que cuando los facultativos del Sistema Nacional de Salud, con ocasión de su actividad profesional, tuvieran conocimiento de la existencia de una enfermedad incluida en su Anexo 1, que podría ser calificada como profesional, o bien de las recogidas en el anexo 2, y cuyo origen profesional se sospecha, lo comunicaran, a los oportunos efectos, a través de los organismos competentes de cada comunidad autónoma, a la entidad gestora, a los efectos de calificación previstos en el artículo 3, y en su caso a la entidad colaboradora de la Seguridad Social. Igual comunicación deberán realizar los Servicios de Prevención en su caso.

En el caso de la CAV, los agentes implicados en la gestión e implantación de esta normativa pertenecen a diversos organismos:

- Departamento de Salud: Inspección de servicios Sanitarios incluida en la Dirección de Aseguramiento y Contratación.
- Osakidetza como proveedor fundamental de servicios sanitarios (A primaria y A Especializada).
- Osalan como garante de las actividades relacionadas con la salud laboral, dependiente del departamento de trabajo y Servicios sociales.
- Entidades gestoras y colaboradoras de la Seguridad Social.
- Servicios de Prevención de las empresas.

El texto comentado introduce el término de **SOSPECHA**, entendiéndola ésta como:

- Indicios de que la enfermedad tiene origen profesional, independiente de la situación del trabajador (Incapacidad transitoria o no), e independiente de su situación laboral (activo o jubilado).

La ambigüedad del término fue contrastado con representantes jurídicos que establecieron en informes solicitados que existe un marco legal suficiente para que los facultativos faciliten la información de carácter personal de los pacientes a los Servicios de Inspección Médica y de OSALAN, a fin de que éstos pongan en marcha las investigaciones oportunas en la empresa de que se trate, siempre con conocimiento del trabajador afectado por la cesión de sus datos.

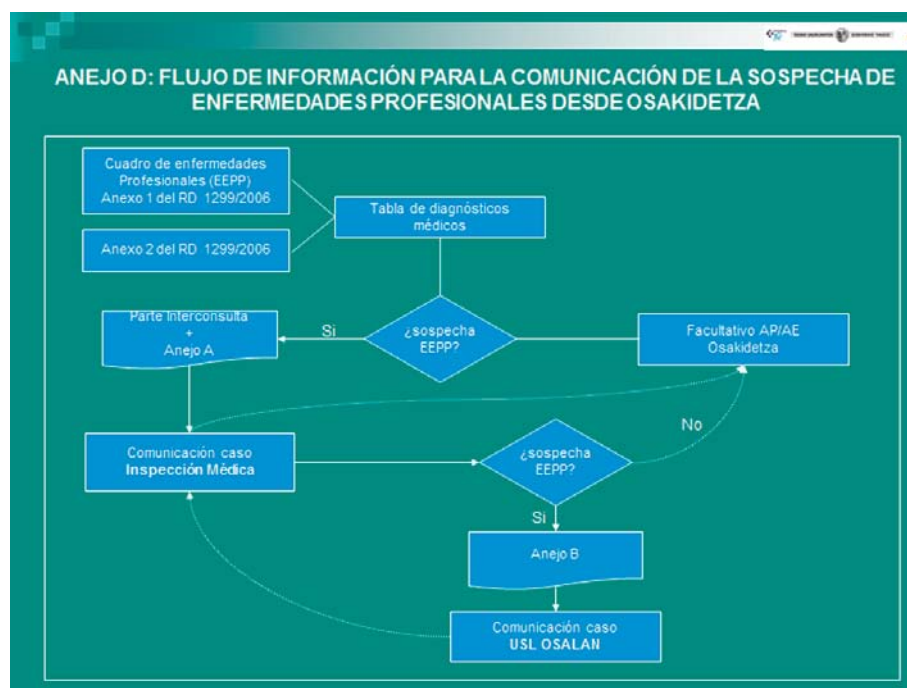
Para qué comunicar

Las principales razones son:

- Mejorar la salud de los trabajadores.
- Prevención de los riesgos laborales.
- Garantizar el derecho de los trabajadores a las prestaciones de la seguridad Social.

Qué y cómo comunicar

Para ordenar los circuitos y delimitar las responsabilidades de cada organismo, en el año 2007, se publicó la Instrucción conjunta de la Viceconsejería de sanidad, de la Dirección General de Osalan y de la Dirección General de Osakidetza, en la que se describe el procedimiento de comunicación de enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales o cuyo origen profesional se sospecha.



Fundamentalmente los encargados de esta labor son los médicos del sistema Nacional de Salud y los médicos de los servicios de Prevención.

La declaración de sospecha debe incluir los datos que se especifican en el Anexo A del Decreto que regula esta actividad. Son datos que identifican al paciente, al médico declarante y sobre todo identifican la enfermedad mediante su diagnóstico, código CIE, trabajo relacionado, agente causante y fecha de declaración.

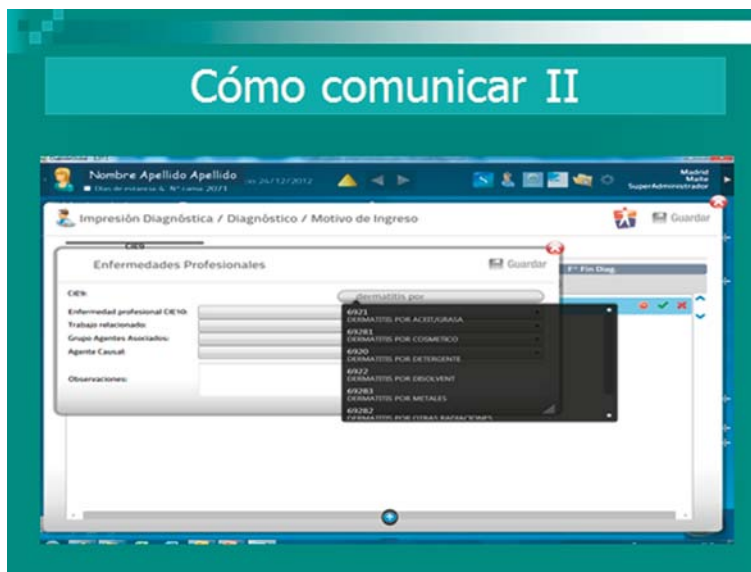
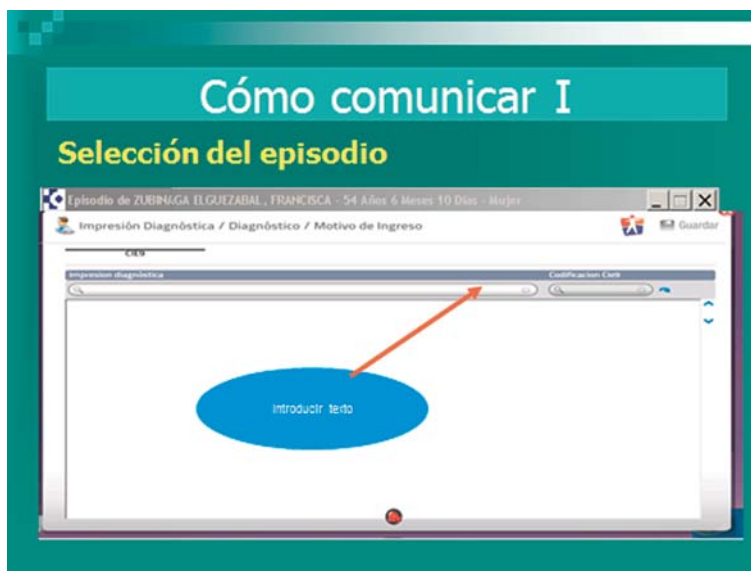
Para hacer el mecanismo más operativo y facilitar el trabajo de los facultativos y superar sus reticencias se formaron grupos de trabajo entre Osalan, Inspección médica y gestores y clínicos de Osakidetza.

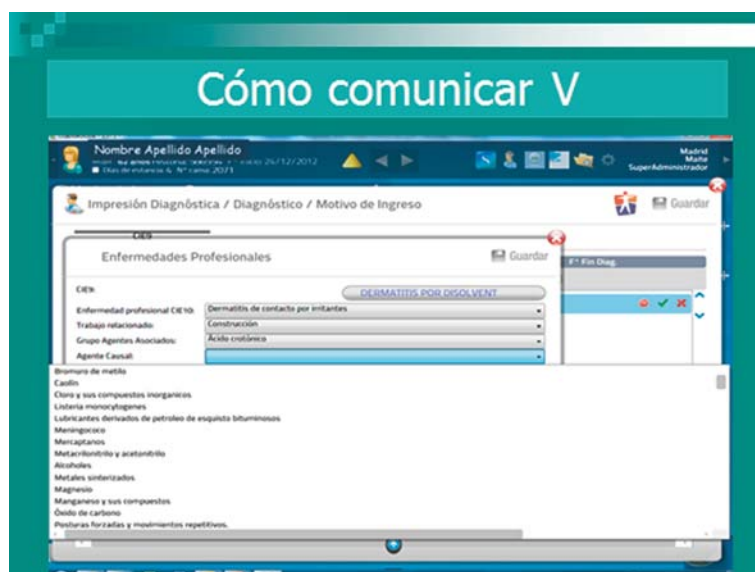
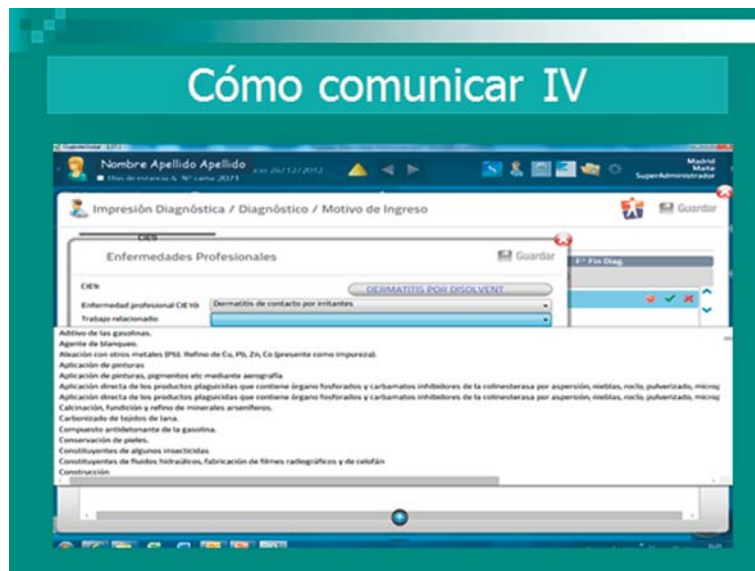
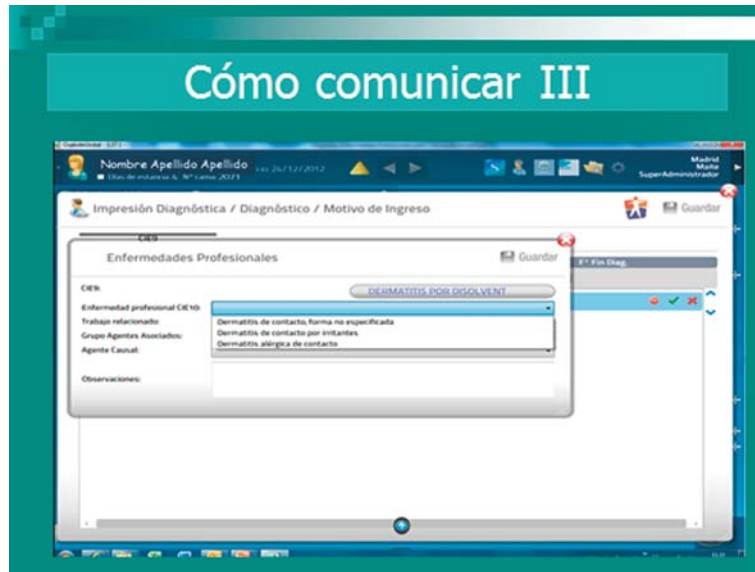
Se decidió intentar automatizar e integrar el proceso de sospecha y declaración en los sistemas informáticos que dan soporte a la Historia Clínica informatizada vigente en Osakidetza (Osabide AP y Osabide Global).

Los trabajos que esto conllevaba necesitaron de la traducción de los códigos a la versión CIE 9, que es la que se utiliza en nuestros servicios asistenciales. Así mismo se realizó una priorización de los códigos y patologías, para hacer el sistema más efectivo.

En Atención Primaria se seleccionaron aquellos códigos que no necesitan pruebas ni derivaciones a otros entornos asistenciales y en Atención Especializada se priorizaron aquellas especialidades más impactantes (Neumología, Dermatología, Alergología, ORL y Medicina Interna).

Se diseñó una aplicación, integrada en la HHCC que se activa al introducir en el sistema, un diagnóstico de los seleccionados. La aplicación va guiando al usuario para ayudarlo a la formulación de la declaración de sospecha, tal y como se puede ver en las pantallas que se adjuntan a continuación.





Cómo comunicar VI

Este Icono de OSALAN es para añadir enfermedades que no constan en nuestro registro

Cómo comunicar VIII

Atención Primaria		Atención Especializada	
Atención Especializada		Especialidades Médicas y Quirúrgicas	
Fecha	Diagnostico	Fecha	Procedimiento
26/12/2010	OTITIS MEDIA NEOM Anemia de otra enfermedad crónica		

Sospecha de Enfermedades Profesionales				
Fecha	CIE	Cie9	Descripción	Observaciones
19/04/2012	1174003	6922	Dermatitis de contacto por irritantes	esto es una prueba por irritantes

FIGURA PRUEBA
 Destinatario: Apellidos
ADMISSION:
 Fecha/Vigencia
 01/02/1943 0:00:00 2
 Fecha Hora TIS
 19/04/2012 20:14:21

NOTIFICACIÓN SOSPECHA ENFERMEDAD PROFESIONAL

DATOS DE LA ENFERMEDAD

DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA:	DERMATITIS POR DISOLVENT
CÓDIGO CIE-9	6922
TRABAJO RELACIONADO	Agente de blanqueo
AGENTE CAUSAL RELACIONADO	Acido palmítico
FECHA DE DIAGNÓSTICO	
OBSERVACIONES	esto es una prueba. POR FAVOR SI RECIBE ESTE CORREO, LLAME A LUCIA AULESTIA de OSAKIDETZA- 615774333 gracias y saludos

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO QUE NOTIFICA:

NOMBRE	Lucia
APELLIDOS	Aulestia Seoane
Nº DE COLEGIADO	0
Servicio	HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES
Fecha	06/11/2012 20:14:21

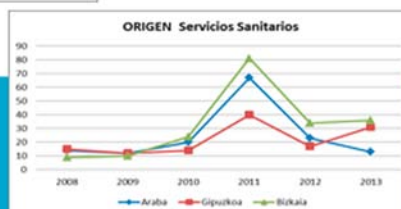
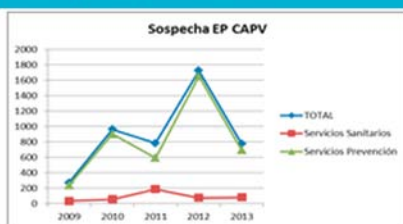
Resultados

En las tablas siguientes se muestran los resultados obtenidos desde 2008, distribuidos por procedencia y casuística.

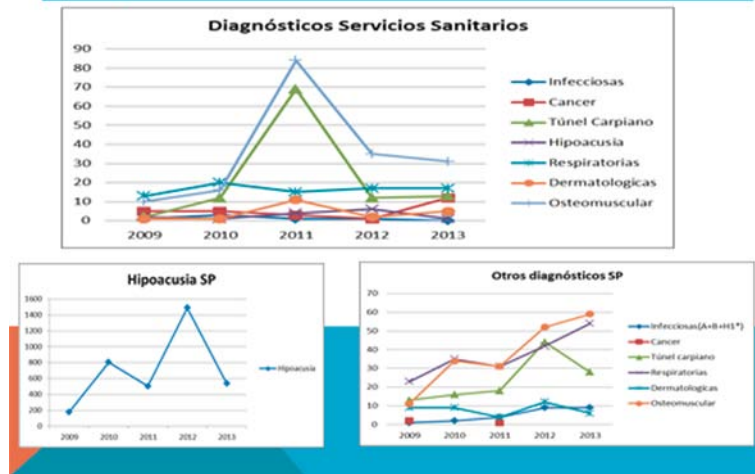
Como se puede comprobar, no se han conseguido los resultados buscados, dado que siguen siendo los Servicios de Prevención los principales declarantes. Se aprecian los efectos de la campaña de divulgación del sistema de declaración de sospecha de EP efectuada en 2010, sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria. Los años sucesivos indican que la motivación de los profesionales del sistema sanitario va desapareciendo conforme pasa el tiempo, debido, probablemente, a los defectos del sistema de declaración.



RESULTADOS. Comunicaciones recibidas por Año y Procedencia



RESULTADOS. Comunicaciones recibidas por Año y Procedencia



Estos se centran en:

- Lentitud intrínseca del sistema.
- Incompleta informatización. Sólo se ha desarrollado la automatización de una parte de la declaración, quedando pendiente la conexión con la Inspección y Osalan. Esto conlleva que la vuelta de la información, es decir, la respuesta a la sospecha, su confirmación o no, se pierde y no llega al médico declarante.

Esto se agrava, además, cuando la entidad gestora, el INSS, no se pronuncia en los casos en los que considera que no hay prestación de contingencia. Si el trabajador no está en Incapacidad no entra ni siquiera a valorar el expediente.

Entendemos que esta situación genera incredulidad y desconfianza en los profesionales, lo cual acaba desanimando a la hora de iniciar un proceso de valoración de esa sospecha.

Éstas, por consiguiente, son las áreas de mejora que se están intentando solucionar para poder proceder a dar un nuevo impulso a esta estrategia y así mejorar la declaración de EP y lo que ello conlleva para el trabajador afectado.



MEDICINA *y* SEGURIDAD *del trabajo*

II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social

Madrid, 7 y 8 de noviembre de 2013

Ponencias

Mesa 7

CONTROVERSIAS

MODERA:

Araceli López-Guillén García

Médico Inspector. INSS. Dirección Provincial de Murcia.

PONENTES:

Juan Antonio Elena García

Inspector de Trabajo de la Subdirección General para la coordinación en Materia de Relaciones Laborales, Prevención de Riesgos Laborales y Medidas de igualdad. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Madrid.

Victoriano Redondo Ciruelos

Jefe de los Servicios Médicos de la ONCE. Discapacidad y Capacidad Laboral. Madrid.

Julio Pérez de la Paz

Jefe de Servicio de Intervención Estratégica de la Subdirección General de Intervención y Políticas Viales. DGT. Madrid.

Rosa María Virolés Piñol

Magistrada de la Sala IV del Tribunal Supremo. Madrid.

La vigilancia de la salud y la aptitud laboral

Juan Antonio Elena García

Inspector de Trabajo de la Subdirección General para la coordinación en Materia de Relaciones Laborales, Prevención de Riesgos Laborales y Medidas de igualdad. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Madrid.

Correspondencia

juanantonio.elena@meyss.es

Resumen

El régimen jurídico de la vigilancia de la salud de los trabajadores trata de salvaguardar la integridad física y moral del trabajador para evitar que desempeñen trabajos que sean incompatibles con su salud o que pudieran agravar sus deficiencias psíquicas o físicas.

Por ello, los reconocimientos médicos se configuran como un instrumento esencial de tutela del trabajador y de limitación de responsabilidad del empresario en aquellos supuestos en los que resulta obligada su realización.

Desde un punto de vista laboral, la revelación de un estado de salud del trabajador incompatible con su puesto de trabajo supone la introducción de cambios técnicos u organizativos, que pueden modificar las condiciones en las que venía prestando su trabajo o, incluso, puede llevar aparejada la resolución de la relación laboral.

Palabras clave: *vigilancia de la salud, aptitud laboral.*

Summary

The legal framework for health surveillance of workers tries to safeguard the physical and moral integrity of the worker in order to avoid the developing of a work which is incompatible with their health or which might deteriorate their mental or physical impairments.

Therefore, medical examinations are configured as essential instruments of protection of the workers and as an employer liability limitation in cases where it is mandatory their implementation.

From a labor standpoint, the revelation of a health worker incompatible with his job involves the introduction of technical and organizational changes, which may alter the conditions under which his work had been developed or, even, it could have as consequence, the termination of the employment relationship.

Keywords: *health surveillance, workplace capacity, proceedings for a declaration of permanent incapacity.*

I. INTRODUCCIÓN

El fundamento de la normativa en materia de prevención de riesgos laborales reside en el derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo. Para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores, la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (la “Ley 31/1995”) establece el deber del empresario de proteger a los trabajadores frente a los riesgos laborales.

El contenido de esta obligación empresarial se precisa a lo largo de la citada Ley 31/1995 y de sus disposiciones generales de desarrollo, que establecen los principios generales inspiradores de la acción preventiva y una serie de obligaciones de carácter instrumental, que están dirigidas a conseguir el cumplimiento satisfactorio de su deuda de seguridad.

La consideración de las circunstancias personales de los trabajadores en el desarrollo de toda acción preventiva tiene como finalidad promover, mejorar las condiciones de trabajo y mantener un alto grado de bienestar físico, mental y social, que eviten, en todo caso, la adscripción de trabajadores con características especiales a puestos de trabajo donde su salud pueda ser puesta en peligro.

En definitiva, se trata de dotar de efectividad al principio general de adaptar cada puesto de trabajo a la persona, de conformidad con lo previsto en el artículo 15 de la Ley 31/1995, y que se concreta en los artículos 22, 25, 26 y 27 de la misma Ley. Es en estos preceptos en los que se establece el marco jurídico general de la vigilancia de la salud y donde se instituyen obligaciones específicas relacionadas con las capacidades fisiológicas y psicológicas de los trabajadores. Así, se distinguen situaciones como la concurrencia de discapacidades físicas o psíquicas, estados transitorios o una sensibilidad del trabajador a agentes físicos, químicos o biológicos, que pudieran resultar incompatibles con el puesto de trabajo, o supuestos que merecen una especial protección como la maternidad o la situación de minoría de edad.

II. LA VIGILANCIA DE LA SALUD Y LA DETERMINACIÓN DE LA APTITUD LABORAL DEL TRABAJADOR EN EL DESEMPEÑO DE SU PUESTO DE TRABAJO

La aptitud laboral para el desempeño de la prestación laboral está condicionada por la existencia de deficiencias psicofísicas, que impidan la ejecución del trabajo con normalidad o que constituyan un riesgo para la salud del trabajador o para terceros.

La valoración de la aptitud laboral se realiza mediante el examen del estado de salud del trabajador y de las condiciones (1) en las que se ejecuta la prestación laboral. En líneas generales, esta valoración debe realizarse (i) antes del comienzo de la relación laboral si el trabajador va a ser adscrito a un puesto de trabajo con riesgo de contraer una enfermedad profesional (2), (ii) una vez iniciada la relación laboral, (iii) durante su desarrollo, (iv) tras la concurrencia de un accidente de trabajo o la detección de una enfermedad profesional o alguna circunstancia relacionada con ella (v) y/o tras una ausencia prolongada por motivos de salud (3).

(1) El artículo 4 de la Ley 31/1995 define como condición de trabajo “[...] cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud del trabajo”. Y menciona, entre otros, expresamente las características de los locales, instalaciones, equipos, productos, agentes físicos, químicos y biológicos, los procesos en los que se utilizan.

(2) Véase el artículo 196 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social y el artículo 37.3 b)2 del Real Decreto 39/1997, por el que se aprueba el Reglamento de Servicios de Prevención.

(3) El artículo 22 de la Ley 31/1995 también contempla la posibilidad de realizar reconocimientos médicos una vez finalizada la relación laboral. Para un estudio general véase San Martín Mazzucconi, C.: “La vigilancia del estado de salud de los trabajadores: voluntariedad y periodicidad de los reconocimientos médicos” en Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales núm. 53.

Tras el examen médico del estado de salud, el trabajador podrá ser calificado como:

- Apto sin ningún tipo de restricción: Podrá desempeñar su tarea habitual sin limitaciones.
- Apto con restricciones: Le permite desarrollar tareas fundamentales de su puesto de trabajo, pero otras sólo de forma parcial e incluso algunas pueden quedar al margen de su estado psicofísico.
- Apto en observación: Situación que se produce cuando no se obtienen datos concluyentes sobre su aptitud y existe una sospecha de enfermedad profesional, que no le impide desarrollar su trabajo.
- No apto: Implica que el desempeño de sus tareas conlleva serios problemas de salud o que sus capacidades fisiológicas y psicológicas le impiden su realización.

Es indudable que por su vinculación con la seguridad y salud en el trabajo, esta obligación instrumental de vigilar la salud de los trabajadores, establecida en el artículo 22 de la Ley 31/1995, que es de carácter específico y finalista, está dirigida a detectar cualquier lesión o enfermedad que pueda sufrir el trabajador o que sufra como consecuencia de su trabajo y a comprobar si las medidas preventivas adoptadas son adecuadas a los riesgos a los que están expuestos los trabajadores.

Como es sabido, en el régimen jurídico de la vigilancia de la salud resulta complicado conciliar los diversos intereses y derechos concurrentes (4). La obligación de vigilancia de la salud pivota sobre el derecho a la libertad del trabajador de disponer de su salud, libertad que cede cuando colisiona con otros derechos e intereses, como el derecho a la salud de otras personas, principalmente trabajadores, o la del propio trabajador. De ahí que la vigilancia de la salud se configure como un derecho-deber, cuyo efecto reflejo supone la delimitación de la responsabilidad del empresario.

La autonomía de la voluntad del trabajador en el sometimiento a los reconocimientos médicos se encuentra limitada, previo informe de los representantes de los trabajadores, en los siguientes supuestos:

- Cuando la realización de los reconocimientos médicos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
- Cuando la realización de los reconocimientos médicos sea imprescindible para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras empresas relacionadas con la empresa.
- Cuando de forma expresa, lo establezcan disposiciones de carácter general reguladoras de las condiciones mínimas de seguridad y salud ante determinados riesgos (5).
- Finalmente, y de forma previa a la contratación, cuando se trate de cubrir puestos con riesgo de enfermedad profesional.

Con la finalidad de no vaciar de contenido el principio de autonomía de la voluntad del trabajador en el sometimiento a los reconocimientos médicos, el Tribunal Constitucional (6) ha señalado que estas excepciones deben interpretarse de forma restrictiva, respetando la proporcionalidad al riesgo, la concurrencia de una necesidad

(4) Véase A. García Serrano e I. Pedrosa Alquézar: Vigilancia de la salud de los trabajadores. Aspectos clínicos y jurídicos de los reconocimientos médicos en el trabajo, La Ley-Actualidad, 1999.

(5) Véase, entre otros, el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo y el Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.

(6) Sentencia del Tribunal Constitucional 196/2004, de 15 de noviembre (BOE del 21 de diciembre, donde el Tribunal se pronuncia sobre los límites al ejercicio de la facultad empresarial de vigilancia de la salud, sin que esta suponga una fiscalización del estado de salud de los trabajadores que permita conocer determinadas prácticas o hábitos que pertenecen al ámbito de la intimidad y de la vida privada del trabajador.

objetiva en atención al riesgo que se trata de evitar y el interés preponderante del grupo social o de la colectividad laboral.

En todo caso, los reconocimientos médicos deberán efectuarse por personal sanitario con la competencia técnica, formación y capacidad acreditada, que formarán parte de la organización preventiva de la empresa (7).

Esta organización preventiva deberá contar con un médico especialista en Medicina del Trabajo o diplomado en Medicina de Empresa y un ATS/DUE de empresa, que será el encargado de examinar la aptitud laboral con el debido respeto al derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona del trabajador y mantendrá la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud.

Esto significa que el empresario no podrá asumir personalmente la vigilancia de la salud y deberá recurrir a alguna de las modalidades de organización preventiva —servicio de prevención propio o ajeno—.

Aun cuando queda vedada la posibilidad de que el empresario realice personalmente los reconocimientos médicos y es exigida la intervención de un tercero cualificado, aquél sólo tendrá acceso a las conclusiones de los reconocimientos médicos, ya que un acceso absoluto a los datos médicos del trabajador constituiría una intromisión en la esfera personal del trabajador. Así las cosas, el empresario será únicamente informado de la calificación de la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo y, en su caso, si deben introducirse modificaciones en el mismo.

III. VICISITUDES ANTE EL ESTADO PSICOFÍSICO DEL TRABAJADOR INCOMPATIBLE CON EL PUESTO DE TRABAJO

Una vez realizados los reconocimientos médicos conforme a las previsiones legales y reglamentarias y determinado el grado de aptitud del trabajador para la ejecución de la prestación laboral, puede emerger la conflictividad propia de las relaciones laborales.

En especial, cuando la falta de aptitud del trabajador impide su adscripción al puesto de trabajo que venía desempeñando a lo largo de su carrera profesional y la adopción de medidas técnicas no son suficientes para mantenerlo en condiciones de seguridad y salud.

Esta conflictividad no se agota en los supuestos donde los requerimientos preventivos del puesto de trabajo impiden la adscripción del trabajador, sino que se ve postergada cuando el trabajador desconoce u oculta un estado psicofísico incompatible con su trabajo. De ahí la importancia de los reconocimientos médicos como instrumento preventivo y como elemento delimitador de la responsabilidad empresarial.

No es la intención de estas líneas entrar en un análisis pormenorizado de las distintas situaciones en las que se pueden encontrar el trabajador y la empresa tras una calificación insuficiente de la aptitud de aquél, sino más bien establecer un marco general para obtener unos principios generales que inspiren la actuación inspectora de impulso del procedimiento administrativo de declaración de incapacidad permanente.

a) Nociones generales

Corresponde a la empresa, como destinatario del cumplimiento de la normativa en materia de prevención de riesgos laborales, la adopción de medidas organizativas tendentes a garantizar la seguridad y salud del trabajador, que se encuadran en el ejercicio

(7) Artículo 11 del Real Decreto 39/1997, de 8 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, sin que en ningún supuesto puedan ser asumidos personalmente por el empresario.

ordinario de su poder organizativo y de dirección, cuya implantación debe realizarse en el sentido menos oneroso para el trabajador (8).

Estas medidas organizativas pueden afectar a la jornada de trabajo, horarios, sistema de trabajo a turnos, trabajo nocturno y, en última instancia, pueden comprender, incluso, el cambio de funciones.

Ahora bien, cuando no resulta posible la adopción de medidas técnicas u organizativas y el trabajador no puede ver satisfecho su derecho a un cambio de puesto de trabajo, la única opción existente es el recurso a las medidas de carácter extintivo (9).

Dada la incidencia en la posición jurídica del trabajador, las medidas de carácter extintivo deben estar justificadas y, por lo tanto, no basta con negar la existencia de un puesto de trabajo idóneo para el trabajador, sino que requieren una actividad probatoria en la que se acredite que no resulta técnicamente posible la adaptación del puesto de trabajo, que las medidas organizativas son insuficientes o, en su caso, que no existe un puesto de trabajo libre de riesgos (10).

Sobre esta idea, la Orden de 9 de mayo de 1962, aún vigente, en su artículo 45, contemplaba la obligación de trasladar al trabajador a otro puesto de trabajo exento de riesgo, si tras los reconocimientos médicos se descubría algún síntoma de enfermedad profesional, que no constituyese incapacidad temporal, pero cuya progresión fuera posible evitar con el citado traslado. Si bien, en aquellos supuestos en los que no fuera posible el traslado del trabajador, la citada orden introdujo una limitación del ejercicio del poder organizativo y directivo del empresario, que exige la conformidad previa de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social para que el trabajador sea dado de baja en aquélla e inscrito con derecho preferente para ser empleado en el Servicio Público de Empleo Estatal (11).

A propósito de las medidas extintivas y sin entrar en un análisis detallado, el empresario puede extinguir el contrato de trabajo en los supuestos de ineptitud del trabajador de conformidad con lo previsto en la letra a) del artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores.

En la misma línea, determinadas condiciones psicofísicas del trabajador de origen laboral o común, pueden ocasionar la falta de asistencia al trabajo, que justificaría una extinción causal objetiva del contrato de trabajo en los términos previstos en la letra d) del mismo precepto.

Igualmente, existen determinados incumplimientos contractuales del trabajador que pueden estar relacionados con su situación personal —conductas erráticas y desordenadas— o su estado de salud, que se manifiestan en faltas repetidas e injustificadas de asistencia o puntualidad al trabajo, indisciplina o desobediencia en el trabajo, sirviendo como ejemplo recurrente la embriaguez habitual o toxicomanía que suele desembocar en un despido disciplinario (12).

Salvo en la hipótesis de que concurriesen causas disciplinarias, el empresario deberá hacer frente al abono de la indemnización por extinción objetiva o, en su caso, a la prevista para el despido improcedente.

(8) Tienen un carácter prioritario las medidas de adaptación del puesto de trabajo sobre las que incidan en las condiciones de trabajo.

(9) Sobre esta cuestión véase Cos Egea, M: "Los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos en la doctrina judicial", Revista Doctrina Aranzadi Social núm. 12, 2010.

(10) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria de 25 de octubre de 2001 (AS 2001\3981).

(11) En estos casos, el trabajador percibirá con cargo a la empresa un subsidio equivalente al salario íntegro durante un periodo de 12 meses. Transcurrido el plazo anterior, el trabajador percibirá el indicado subsidio durante 6 meses a cargo de la Entidad Gestora.

(12) Ante la gravedad del despido disciplinario basado en las adicciones de trabajador, en la negociación colectiva se están instrumentando, como contrapartida a la realización de controles periódicos de detección del consumo del alcohol y sustancias, medidas de apoyo y de recuperación del trabajador.

Es por este motivo por el que, ante la existencia de un trabajador no apto para el desempeño del puesto de trabajo, el empresario se plantea la posibilidad de promover la salida del trabajador mediante la instrucción del procedimiento administrativo de declaración de incapacidad permanente (13), cuya principal ventaja es la ausencia de costes indemnizatorios (14).

b) El procedimiento administrativo de declaración de incapacidad permanente

De conformidad con el apartado primero del artículo 4 del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, el procedimiento administrativo se puede iniciar: (a) de oficio, por propia iniciativa de la entidad gestora (el Instituto Nacional de Seguridad Social "INSS"), o como consecuencia de petición razonada de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social o del Servicio de Salud competente para gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social; (b) a instancia del trabajador o su representante legal; y (c) a instancia de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y de Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social o de las empresas colaboradoras, en aquellos asuntos que les afecten directamente.

Ante la tercera vía, se suscitó la controversia sobre la legitimación activa del empresario para iniciar el citado procedimiento. Sin embargo, el empresario carece de legitimación activa para el inicio del procedimiento administrativo (15) y, así lo declaró el Tribunal Constitucional en Sentencia de 207/1989, de 14 de diciembre, al afirmar que "[...] *las únicas partes legitimadas para solicitar la invalidez permanente son el INSS de oficio o el trabajador beneficiario de las prestaciones y, en su caso, la Mutua Patronal de Accidentes de Trabajo*". Esta doctrina fue seguida por el Tribunal Supremo (16) al indicar que las empresas carecen de legitimación activa para pretender el reconocimiento a favor del trabajador de una incapacidad permanente, porque lo que se ejercita es un derecho subjetivo en el marco de una relación jurídica de Seguridad Social y la titularidad de ese derecho corresponde únicamente al trabajador.

Por lo tanto, como la propia norma reglamentaria señala, la legitimación de las empresas para instar el procedimiento de declaración de incapacidad permanente queda reducida a las que sean colaboradoras en la gestión o que sean responsables de las prestaciones.

No obstante, y a pesar de encontrarse limitada la legitimación activa para iniciar un procedimiento de este tipo, parte de la doctrina laboralista sostiene que las empresas interesadas podrán solicitar del INSS la iniciación del procedimiento de oficio mediante la oportuna denuncia (17).

c) La actuación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social

Como se ha visto, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social está facultada para solicitar al INSS la incoación de un procedimiento administrativo de declaración de incapacidad permanente.

Esta actuación inspectora, por la que se insta de forma razonada al INSS a la iniciación de oficio del procedimiento administrativo para la declaración de la incapacidad permanente de un trabajador, está condicionada por el régimen jurídico de la vigilancia de la salud de los trabajadores y por la configuración de la incapacidad permanente como un derecho subjetivo en la relación jurídica de Seguridad Social.

(13) Artículo 49.1 e) del Estatuto de los Trabajadores, cuyo efecto es la extinción de la relación laboral.

(14) También debe considerarse la existencia de otros costes de tipo indemnizatorios previstos en la negociación colectiva.

(15) Sobre esta cuestión véase: Román Vaca, E.: El procedimiento administrativo de calificación y revisión de la invalidez permanente, Tirant lo Blanch, Valencia, 1996; Roqueta Buj, R.: La incapacidad permanente, CES, 2000, 135 y ss.; Lacambra Calvet, A.: "Sobre la legitimación del empresario en los procesos de Seguridad Social relativos a Invalidez Permanente", Revista Española de Derecho del Trabajo, núm. 65. Rabanal Carbajo, P.: "El papel de la empresa en la declaración de incapacidad permanente", Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, núm. 69.

(16) Sentencia de 14 de octubre de 1992 (RJ 1992\7633).

(17) Roqueta Buj, R.: La incapacidad permanente, CES, 2000, pág. 136.

Dicha actuación (18) tiene un carácter excepcional y su inicio, generalmente, está motivado por la existencia de otras actuaciones inspectoras en las que se tiene conocimiento de las circunstancias en las que se desarrolla la prestación laboral y como éstas resultan incompatibles o inciden el estado psicofísico del trabajador (19) o pueden constituir un riesgo potencial para terceros.

En este sentido, la actuación inspectora está ordenada hacia la búsqueda de una conexión entre las lesiones sufridas y las tareas que el trabajador desempeña y tiene por objeto comprobar si las afecciones anatómicas o funcionales impiden realizar todas las tareas o las fundamentales con la consideración debida a la dignidad del trabajador o, sin producir estos efectos, que el estado de salud del trabajador constituye un riesgo para la seguridad y salud de compañeros, terceros o del propio trabajador, quedando al margen aquellas faltas de aptitud del trabajador relacionadas con los niveles de profesionalidad, rendimiento y eficacia que la relación laboral exige.

En conclusión, y aun cuando esta actuación debe considerar la naturaleza abierta, graduable y flexible del concepto de incapacidad permanente (20), de lo que se trata es de aportar los elementos fácticos suficientes para que el INSS en función de las circunstancias personales del trabajador —dolencias y afectación personal—, que determinan su aptitud, y las circunstancias laborales pueda decidir sobre el inicio del procedimiento de oficio y, en su caso, pueda servirle de asesoramiento para dictar resolución (21).

(18) La actuación inspectora se inicia siempre de oficio como indica el artículo 13 de la Ley 42/1997, de 14 de noviembre.

(19) Piénsese en un trabajador que sufre de forma reiterada distintos accidentes de trabajo y se comprueba que están relacionados con una falta de aptitud laboral del trabajador y con una adscripción indebida al puesto de trabajo.

(20) Goerlich Peset, J.M.^a, “La reforma de la incapacidad permanente”, en AA.VV., *La reforma de las pensiones de 1997*, Madrid, 1999, pág. 59, que no impide un tratamiento individualizado de cada situación en función de las concretas circunstancias objetivas y subjetivas del trabajador.

(21) Al igual que sucede en los procedimientos de determinación de contingencia, en los que el papel de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social consiste en asesorar al INSS sobre el origen profesional o no de la lesión o, en otros términos, en determinar la relación de causalidad entre la lesión y el trabajo.

Discapacidad y capacidad laboral

Victoriano Redondo Ciruelos

Jefe de los Servicios Médicos de la ONCE. Discapacidad y Capacidad Laboral. Madrid.

1. INTRODUCCIÓN Y DEFINICIONES

El interés por analizar este tema es evidente dada la necesidad que por parte de la Unión Europea y de los países miembros sean conscientes de la gran dimensión del problema, dado que una de cada seis personas de la Unión Europea tienen una discapacidad entre leve y grave, lo que representa una cifra de 80 millones de personas. A nivel español también hablaremos en otro punto de este trabajo sobre cuál es la situación. Al hacer el análisis de los datos es muy difícil el poder determinar cuál es el porcentaje de minusvalías congénitas de las minusvalías adquiridas. En el caso de la ceguera las afiliaciones por problemas congénitos no superan el 4%, pudiendo considerarse que todas las demás son adquiridas aun cuando alguna de ellas tienen base genética, otras son por la progresión de enfermedades que afectan o bien directamente a la visión como la degeneración macular o bien afectan indirectamente como la diabetes mellitus.

Más allá de los números hay una obligación moral y también legal de dar respuesta a las necesidades de todas estas personas en todos los órdenes: educativo, laboral, sanitario, igualdad, social, vivienda, adaptación de espacios públicos, favorecer una vida independiente y que las políticas en materia de discapacidad no se limiten a cosas concretas destinadas a minusválidos, sino que piensen en ellos al realizar normas y proyectos de carácter general.

Es importante saber que el concepto de discapacidad ha ido cambiando, pasando de un modelo casi estrictamente médico, a un modelo social y en la actualidad a un modelo de integración entre los dos anteriores. Este último ha inspirado la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) aprobada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 2001.

Para poder definir los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, hemos de referirnos a la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM), la cual ya distinguía tres niveles de las consecuencias de la enfermedad: nivel bio-fisio-psicológico, nivel personal y finalmente el nivel social. Cada uno de estos niveles se relaciona con los tres conceptos clave mencionados anteriormente.

Deficiencia: son las consecuencias permanentes de las enfermedades y accidentes en el nivel corporal, fisiológico y orgánico. Dentro del área de la salud se entiende como deficiencia toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad: son las restricciones en la actividad de un individuo debidas a cualquier deficiencia para realizar una actividad que se considera normal para un ser humano (nivel personal).

Minusvalía: son las situaciones de desventaja derivadas de las deficiencias y/o discapacidades que limitan o impiden la participación social (nivel social).

Dentro de cada uno de estos términos, la CIDDM ha establecido distintos tipos.

En las deficiencias contempla, entre otras:

- *Deficiencias intelectuales.*
- *Deficiencias del lenguaje.*
- *Deficiencias del órgano de la audición.*
- *Deficiencias del órgano de la visión.*
- *Deficiencias musculoesqueléticas.*
- *Deficiencias psicológicas.*

Dentro de las discapacidades la clasificación se centra en las áreas de actividad que se ven afectadas y tendríamos varios tipos:

- *Discapacidades de la conducta.*
- *Discapacidades de la comunicación.*
- *Discapacidades del cuidado personal.*
- *Discapacidades de la locomoción.*

Por último, desde el punto de vista de las minusvalías, hace referencia a los aspectos de participación, igualdad, etc.:

- *Minusvalías de independencia física.*
- *Minusvalías de movilidad.*
- *Minusvalías ocupacionales.*
- *Minusvalías de integración social.*

2. DATOS SOBRE CARACTERIZACIÓN DEL COLECTIVO A NIVEL ESPAÑOL

No es fácil saber cuánta población con discapacidad tenemos en España, dado que la disponibilidad de las fuentes que tenemos actualmente es no solo escasa sino también antigua.

Solo se han realizado dos estudios de envergadura sobre esta materia, cuyos datos son muy diferentes debido a la distinta metodología empleada. El primero fue realizado en 1986 y el segundo fue la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud realizada en 1999 por el INSERSO y la Fundación ONCE, cuyos datos se publicaron en junio de 2002, dando unas cifras mucho menores que el anterior estudio, debido tal y como he indicado anteriormente al distinto método empleado para considerar la discapacidad.

Pero también disponemos de otras fuentes parciales capaces de indicarnos el número de personas discapacitadas por distintas causas. Entre estas destacan el anuario de accidentes de tráfico de la DGT, la estadística de accidentes de trabajo, que realiza el Ministerio de Trabajo, con todos los accidentes producidos en las empresas y las secuelas de los mismos. También son importantes los resultados del programa de detección de accidentes domésticos y de ocio, que publica anualmente el Instituto Nacional de consumo. Otra fuente de interés es el estudio colaborativo español de malformaciones congénitas que lleva la Doctora María Luisa Martínez-Frías en la Facultad de Medicina de la Complutense.

En la encuesta de 1986, referida anteriormente, sobre una población de unos 38 millones de habitantes, reflejaba unas 5.700.000 personas con discapacidad, lo que representaba aproximadamente un 15%.

La encuesta de 1999, sobre 39 millones de habitantes, indicaba que había 3.500.000 personas discapacitadas, lo que representaba un 9% de la población.

Por tanto, como indicaba anteriormente, hay bastante diferencia en los resultados que se obtuvieron, en este trabajo me he centrado en la última, la de 1999, ya que es más reciente y se ajusta más al concepto actual de discapacidad y sobre ella analizare distintos datos que contiene:

- El número de personas con discapacidad por grupos de edad según la publicación realizada por el INE en 2002 son:

GRUPO DE EDAD	PERSONAS DISCAPACITADAS	% SOBRE LA POBLACIÓN TOTAL
0-5 años	49.576	2,2%
6-14 años	61.337	1,7%
15-24 años	110.285	1,9%
25-34 años	185.906	2,8%
35-44 años	230.251	4%
45-54 años	305.909	6,4%
55- 64 años	512.304	13,0%
65 en adelante	2.072.652	32,2%
TOTAL	3.528.220	9%

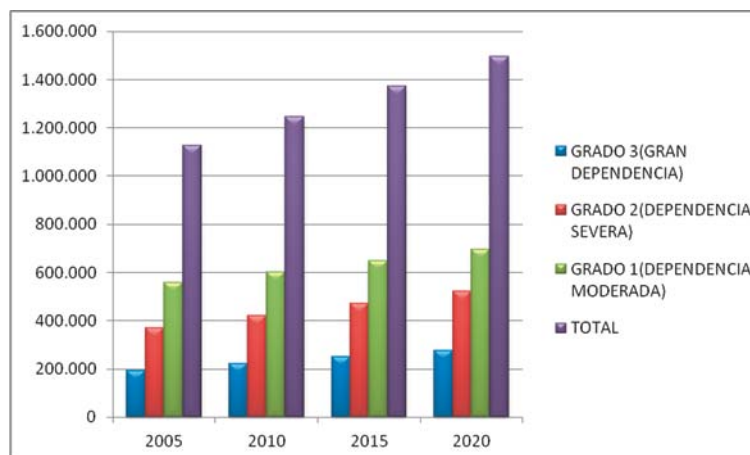
La prevalencia creciente de la discapacidad conforme avanza la edad se debe a que según envejecemos estamos más expuestos a riesgos que pueden convertirse en discapacidades. Por otra parte, debido a los progresos médicos, las personas que nacen con discapacidad, han aumentado muchísimo su esperanza de vida.

- El 58,3% del total de los discapacitados de la encuesta son mujeres. Hasta los 45 años hay más tanto por ciento de hombres, pero a partir de esta edad, aumenta mucho el número de mujeres con discapacidad. En este punto deberíamos tener en cuenta que la mujer vive de media unos 6 u 8 años más que los varones.
- Niños menores de 6 años hay aproximadamente unos 50.000 con minusvalías que van desde: dificultades para caminar, dificultades para hablar, problemas de visión y problemas de audición.
- Las discapacidades más frecuentes en España, según esta encuesta y por este orden, son: la dificultad para desplazarse fuera del hogar, la dificultad para realizar tareas del hogar, la discapacidad para ver y para oír y en menor medida, las discapacidades de autocuidado, aprendizaje, relación y comunicación.
- En cuanto a las causas de las discapacidades en España:

CAUSAS	PORCENTAJE
Deficiencias osteo-articulares	25%
Deficiencias visuales	18%
Deficiencias auditivas	18%
Deficiencias mentales	11%
Deficiencias viscerales	7%
Deficiencias neurológicas	6%
Otras	15%

- En los niños menores de 6 años el 47% de las deficiencias se deben a causas congénitas, el 7% debido a problemas en el parto, el 22% a enfermedades con congénitas y finalmente el 24% a otras causas.
- La discapacidad no se distribuye homogéneamente dentro del territorio nacional, presenta grandes oscilaciones territoriales, siendo las comunidades con mayor tasa: Castilla León, Murcia, Galicia y Andalucía, y las que menos: Navarra, Baleares, País Vasco, Madrid, Canarias y La Rioja, por este orden.

Por último, me gustaría reseñar este gráfico, donde se proyecta el número de personas dependientes para las actividades de la vida diaria según el grado de necesidad de cuidados. Está referido a España con una previsión hasta el año 2020.



Observamos que el número de discapacitados aumenta, en parte, debido al aumento de la esperanza de vida, lo cual implica el envejecimiento de la población española.

3. CARACTERIZACIÓN DEL COLECTIVO EN LA ONCE

La ONCE es una Corporación de derecho público que tiene como misión conseguir la autonomía personal y la plena integración social de los afiliados a la misma, atendiendo sus necesidades derivadas de la ceguera o deficiencia visual, mediante la prestación de servicios sociales especializados.

La venta del cupón es el medio de financiación de la ONCE y por tanto su medio de integración social para muchos minusválidos.

El número de trabajadores de la ONCE a 31 de diciembre de 2012 era de 21.339 que se distribuyen de la siguiente manera:

- Ceguera total: 991.
- Deficiencia visual (afiliado): 6.555.
- Deficiencia visual (no afiliado): 1.570.
- Deficiencia auditiva: 1.360.
- Minusvalía de MMSS: 2.284.
- Minusvalía de MMII con marcha autónoma: 4.090.
- Minusvalía de MMII con marcha asistida de un bastón: 400.
- Minusvalía de MMII con marcha asistida de dos bastones: 419.
- Minusvalía de MMII con marcha asistida silla de ruedas: 291.
- Minusvalía psíquica: 696.
- Minusvalía orgánica: 2.683.

La ONCE también tiene una Corporación Empresarial con un grupo de empresas que generan empleo para personas con discapacidad visual o con otras discapacidades.

El número de trabajadores a 31 de diciembre de 2012 de la Corporación ONCE era de 21.500 de los cuales el 8% son trabajadores minusválidos, de ellos 167 afiliados y unos 1.500 minusválidos físicos, sensoriales y psíquicos.

También la ONCE tiene la Fundación ONCE y el Grupo Fundosa cuyo objetivo es integrar en la sociedad a las personas con otras discapacidades distintas a la ceguera a través del empleo y la formación.

El número de trabajadores del Grupo Fundosa a 31 de diciembre de 2012 era de unos 9.500, de los cuales el 60% son trabajadores minusválidos físicos, sensoriales y psíquicos.

4. DISCAPACIDAD Y TRABAJO

El trabajo es uno de los elementos más importantes de integración en la sociedad, siendo a este respecto uno de los aspectos añadidos de dificultad para las personas discapacitadas en edad de trabajar. Los tipos de minusvalía pueden ser estables en el tiempo, como secuelas de polio, amputaciones por accidentes, enucleaciones. Pueden ser progresivas debido a que su etiología está activa en procesos como retinopatía diabética, artritis reumatoide, degeneración macular, distrofias musculares, etc.

Las ventajas de la incorporación de los trabajadores con discapacidad en las empresas más allá de los beneficios legales que tiene, se considera que las personas con discapacidad muestran un nivel de motivación muy elevado al conseguir un empleo, aspecto que se refleja en el buen resultado de su trabajo. Uno de los aspectos a tener en cuenta en el ámbito de la discapacidad en relación al trabajo es la heterogeneidad de las minusvalías y sus diferentes grados de afectación, lo cual dificulta dar una solución global o conjunta al problema de la discapacidad. Por ello, las empresas han de tener en cuenta las habilidades y capacidades de cada trabajador, considerando a cada trabajador discapacitado de forma singular e individualizada. En la empleabilidad del discapacitado hay que considerar diferentes aspectos que intervienen en el trabajo tales como:

- *Puesto de trabajo. Se debe rediseñar el puesto para adaptarlo a la discapacidad.*
- *Entorno laboral manteniendo y promoviendo un entorno laboral sano y seguro.*
- *Formación y actualización.*
- *Evaluación de las exigencias del trabajo.*
- *Cuidado de la salud por medio de una vigilancia de la salud de los trabajadores ajustada a sus problemáticas.*
- *Evaluación de las capacidades funcionales de los trabajadores.*

En el tema hacer compatible la discapacidad y el trabajo tal y como indicábamos anteriormente hay que propiciar por una parte la autonomía personal haciendo rehabilitación básica y visual en el caso de los afiliados, facilitando todo el tema de accesibilidad de los puestos de trabajo a través de gafas especiales, tele lupas, líneas braille, voz sintética, agendas parlantes, etc. Así mismo todos los riesgos de los puestos de trabajo a ocupar por discapacitados tienen que estar perfectamente evaluados con el objeto de determinar todas las exigencias de los puestos para relacionarlos con las capacidades y aptitudes del trabajador discapacitado haciéndoles un reconocimiento médico adecuado y en función de este se le dará la aptitud para determinados puestos. En este sentido los criterios médicos son que si el trabajador puede realizar la tarea sin perjuicio para su salud es apto y si no puede realizar la tarea es no apto y apto con restricciones en aquellos casos en que debe evitar ciertas tareas.

El trabajo fundamental en cuanto a número en la ONCE es la venta del cupón y tenemos clasificados los tipos de punto de venta en:

- *Abierto estático (vía pública).*
- *Ambulante (caminando).*
- *Ruta (en vehículo).*
- *Cerrado (Quiosco o stands).*

Por supuesto cada uno de estos puntos tienen evaluados sus riesgos al margen de los riesgos comunes a todos ellos así como las medidas de protección individuales y generales.

Otra cuestión a considerar más de carácter jurídico que estrictamente médico es el caso de trabajadores discapacitados que tiene reconocidas incapacidades permanente absolutas o grandes invalideces y su compatibilidad con la realización de trabajo ordinario y remunerado como es el caso de un número importante de vendedores de cupón y de algunos otros trabajadores de la ONCE.

5. CONCLUSIONES

1. Un trabajador con una determinada discapacidad lleva implícita una serie de limitaciones que la empresa que le contrata y su servicio de prevención deben conocer para adaptar su puesto de trabajo adecuadamente y lograr que su rendimiento sea óptimo.
2. Si la empresa ha hecho una completa evaluación de riesgos tanto generales del puesto y de la persona y ha implantado su plan de medidas preventivas y correctoras, en principio es suficiente para proteger por igual a los trabajadores discapacitados como al resto de la plantilla.
3. Los planes de autoprotección siempre habrá que adecuarlos a las limitaciones de los trabajadores discapacitados de la empresa.
4. La vigilancia de la salud del trabajador discapacitado debe ser lo suficientemente sensible como para detectar precozmente cambios de su estado de salud, teniendo en cuenta que la discapacidad de base puede evolucionar, presentar complicaciones asociadas o añadirse a ella otras enfermedades no relacionadas.
5. La condición de TES debe venir dada cuando los riesgos a los que se expone un trabajador (generales o específicos del puesto) afectan a su salud más negativamente que al resto de la plantilla que este en las mismas condiciones de trabajo, sea discapacitado o no.
6. Discapacitado no es sinónimo de TES si las condiciones de trabajo de su puesto no le afectan negativamente a su discapacidad en particular ni a su salud en general.
7. A mi juicio se debería establecer un baremo homogéneo en todos los países de la Unión Europea para valorar a los discapacitados, en nuestro país ya se ha dado el primer paso creando un único baremo en todas las Comunidades Autónomas a través del Real Decreto 1364/2012.
8. Una vez que tengamos un instrumento homogéneo de valoración, a mi juicio sería muy positivo realizar un censo a nivel europeo de las personas con discapacidad, conociendo el tipo de discapacidad, sexo, país, edad, profesión, etc. y así poder determinar las políticas de la UE al respecto.
9. Facilitar a instituciones y entidades no gubernamentales como la ONCE, Fundación ONCE, así como otras organizaciones que se ocupan de la discapacidad, instrumentos y capacidad para asesorar y apoyar la integración a nivel europeo de las personas con discapacidad.
10. Que exista una política de armonización en materia de incapacidad entre los países de la UE como garantía de que avancemos todos en conjunto y no cada miembro de la Unión por su lado. Se trata de ir un paso más allá de lo conseguido por la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Tratado sobre discapacidad dirigido por Rafael de Lorenzo y Luis Cayo sobre conceptos y tipología de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes de Antonio Jiménez Lara (pág. 177-230).
2. Instituto Nacional de Estadística (INE) 1987: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías de 1986. Resultados nacionales INE, Madrid, 2 tomos.
3. Año 2000: encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Avance de resultados, datos básicos INE, Madrid.
4. 2001: Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud publicado por el INSERSO en Madrid.
5. La igualdad de trato de las personas con discapacidad en la Unión Europea de Pablo López Álvarez.
6. Definition of disability in Europe. A comparative analysis of the European Commission, 2002.
7. Estrategia europea sobre discapacidad 2010-2020: Un compromiso renovado para una Europa sin barreras.
8. www.cermi.es ciclo de conferencias “una década para la inclusión” y la entrevista a Iñigo Méndez de Vigo.
9. Entrevista a María Luisa Ruiz-Jarabo en YouTube.

Lesiones relacionadas con el tráfico y papel de los centros de reconocimiento de conductores

Traffic-related injuries and role of centers of recognition of drivers

Julio Pérez de la Paz^{1,2}, Elena Valdés Rodríguez²

1. Jefe de Servicio de Intervención Estratégica de la Subdirección General de Intervención y Políticas Viales. DGT. Madrid.

2. Subdirección General de Intervención y Políticas Viales. Dirección General de Tráfico, Madrid, España

Correspondencia

jperezpaz@dgt.es

Resumen

Las lesiones derivadas de los accidentes de tráfico suponen un importante problema de Salud Pública cuyo abordaje ha variado en los últimos tiempos gracias a un enfoque científico que ha permitido tratarlos también desde la perspectiva de la prevención.

Los datos de siniestralidad que aporta la Dirección General de Tráfico permiten estudiar el fenómeno desde el punto de vista epidemiológico. Las cifras de fallecidos y heridos graves presentan una disminución progresiva en los últimos años que nos sitúan en 7.º lugar en cuanto a fallecidos en la Unión Europea. Las lesiones más frecuentes son las fracturas, predominado en miembros inferiores. El índice de gravedad MAIS 3+ indica que las personas de más edad son las que presentan mayor porcentaje de lesiones graves. El coste anual de las lesiones ronda el 1% del PIB.

Los Centros de Reconocimiento de Conductores (CRC) como tales comenzaron a funcionar en 1982 con el fin de valorar las aptitudes psicofísicas de los conductores. Son centros de carácter sanitario cuya última regulación normativa data de 2010, basándose para la valoración psicofísica de los conductores en el Anexo IV del Reglamento General de Conductores. Aparte de un protocolo básico aplicable a todos los conductores existe un protocolo específico para valorar determinadas alteraciones y factores de riesgo dirigido a conductores profesionales. Este modelo adolece de ciertas deficiencias que requiere una revisión que permita una mayor eficiencia en la detección y control del conductor de riesgo que implica avanzar en el proceso de colaboración entre los CRC y todos los agentes implicados a fin de mejorar la transferencia de información.

Palabras clave: Lesiones por Accidente de Tráfico; Índice de Gravedad MAIS 3+; Matriz de Barell; Centros de Reconocimiento de Conductores; Reglamento General de Conductores.

Abstract

Injuries resulting from road traffic accidents are a major public health problem whose approach has varied in recent years thanks to a scientific approach that has made it possible to address them also from the perspective of prevention.

Motor vehicle crash injury data from National Traffic Directorate contributes to studying the phenomenon from the epidemiological point of view. The numbers of dead and injured presented a progressive decrease in recent years that we are situated in 7th place in terms of deaths in the European Union. The most common injuries are fractures, prevailed in lower limbs. The index of severity MAIS 3 indicates that more elderly people are those who have higher percentage of serious injury. The annual cost of injuries is around 1% of GDP.

The centers of recognition of drivers (CRC) as such began to operate in 1982 in order to assess the physical skills of drivers. They are health centres whose latest normative regulation date from 2010, based for the valuation drivers psychophysics in annex IV of the General Regulation of Drivers. Apart from a basic protocol applicable to all drivers there is a specific protocol for rating certain alterations, risk factors or aimed at professional drivers. This model suffers from certain shortcomings which required a revision that allows greater efficiency in the detection and control of the driver of risk involving to advance the process of collaboration between the CRC and all stakeholders to improve the transfer of information.

Keywords: *Road Traffic Injuries; Maximum Abbreviated Injury Scale (MAIS 3+); Barell Matrix; Centers of Recognition of Drivers; General Regulation of Drivers.*

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS LESIONES RELACIONADAS CON EL TRÁFICO

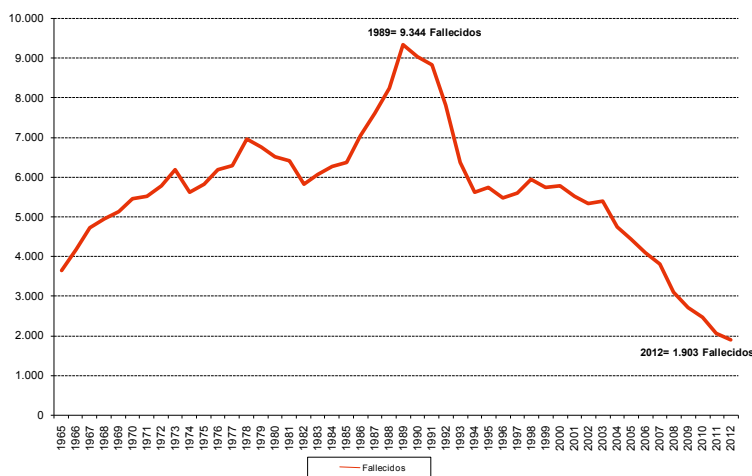
Las lesiones causadas por el tráfico suponen un importante problema de Salud Pública por su elevada morbilidad y mortalidad, caracterizadas por un alto AVAD (número de años ajustados en función de la discapacidad) (1) además del coste económico y social que conllevan.

Una vez superado el componente de “fatalidad” gracias a la evidencia científica, la accidentalidad debida al tráfico es considerada un problema abordable desde el punto de vista preventivo mediante acciones eficaces y sostenibles. Las intervenciones preventivas requieren datos de buena calidad y un enfoque científico no solo para determinar las intervenciones apropiadas sino también para supervisar su eficacia (2). En este entorno el sector sanitario y la Epidemiología en concreto juegan un importante papel.

La mayoría de los accidentes de tráfico que ocurren en nuestro país ocasionan solamente daños materiales con la consiguiente repercusión económica. En términos de salud de la población interesa conocer los accidentes con víctimas, las lesiones consiguientes así como los factores concurrentes en los mismos (3).

Según los datos de Siniestralidad Vial de la Dirección General de Tráfico (DGT), en el año 2012 se notificaron 83.115 accidentes con víctimas que ocasionaron 1.903 fallecidos en los mismos o en los 30 días posteriores, 10.444 personas requirieron ingreso hospitalario y 105.446 resultaron heridos leves. Estas cifras suponen una disminución en el número de fallecidos y en el de heridos graves respecto al año anterior y una estabilización en el resto.

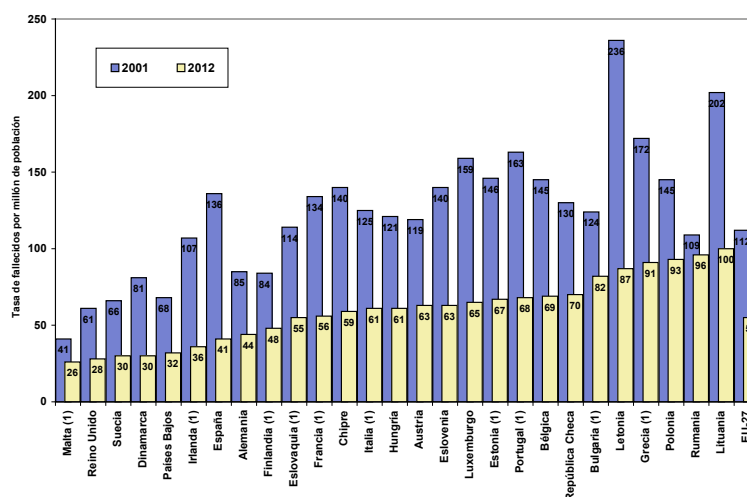
Figura 1. Serie temporal de fallecidos por accidente de tráfico. España 1965-2012



Elaboración: DGT.

En el contexto europeo a lo largo de los últimos 10 años, la disminución de la siniestralidad ha sido generalizada. En el caso de España las tasas de fallecidos por millón de habitantes nos situaban en 2001 en el puesto 18 de los 27 países de la UE con una tasa de 136 fallecidos por millón de habitantes, superior a la media europea (tasa de 112); en 2012 ocupamos el 7.º lugar con una tasa de 41 fallecidos por millón de habitantes, por debajo de la media europea (tasa de 55).

Figura 2. Tasa de fallecidos por millón de habitantes por accidentes de tráfico en la Unión Europea



(1) 2012. Datos provisionales

Fuentes: Comisión Europea, Base datos CARE y Eurostat. Elaboración: DGT.

En la [tabla 1](#) se muestran una serie de características referidas tanto a los fallecidos como a los heridos que requirieron hospitalización. A destacar que más de la mitad de los fallecidos superaban los 45 años de edad mientras que entre los hospitalizados este porcentaje baja hasta el 41%; hay mayor predominio masculino entre los fallecidos (76% vs 71%); los sujetos hospitalizados sufren mayor porcentaje de accidentes en días laborables y en horario diurno que los fallecidos. Resaltar también que respecto a los heridos, los fallecidos lo fueron en mayor proporción en accidentes ocurridos en vías interurbanas, por salida de la vía y circulando a velocidad inadecuada.

Tabla 1. Características de los fallecidos y lesionados por accidente de tráfico en 2012

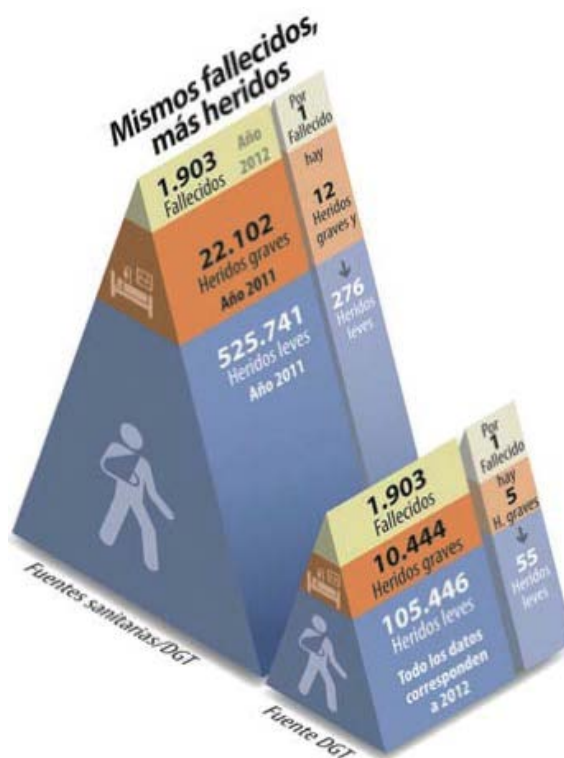
	Fallecidos	Hospitalizados-lesionados
Edad	97% >15; 51% ≥45	95% >15; 41% ≥45
Género	76% hombre	71% hombre
Día semana	66% L-V	69% L-V
Hora del día	63% 8AM-8PM	68% 8AM-8PM
Mes	82% septiembre-junio	80% septiembre-junio
Tipo usuario	61% conductor; 20% peatón; 4% ciclista	63% conductor; 18% peatón; 5% ciclista
Urbano/Interurbano	76% interurbano	58% interurbano
Tipo accidente	35% salida vía	25% salida vía
Velocidad	24% inapropiada	17% inapropiada

Elaboración: DGT.

Si representamos las lesiones debidas al tráfico en forma de pirámide, observamos que los fallecidos suponen una pequeña parte del total de afectados. La gran mayoría corresponde a los heridos leves, aquellos que no requieren ingreso hospitalario, y una parte importante lo constituyen los heridos que estuvieron más de 24 horas ingresados (heridos graves). La pirámide de mayor tamaño corresponde a los datos obtenidos de las

altas hospitalarias para el año 2011 y se observa la diferente magnitud respecto a la pirámide que refleja los datos procedentes del registro de víctimas de la DGT.

Figura 3. Lesiones relacionadas con tráfico



Elaboración: DGT

Sin embargo desde el punto de vista clínico, la gravedad de las lesiones se mide en función de la importancia de las mismas más que de la duración de la estancia en el hospital. El indicador más extendido es el denominado MAIS (Maximum Abbreviated Injury Scale), considerando herido grave al que tiene un MAIS igual o superior a 3. Del total de altas hospitalarias por accidente de tráfico en 2011, 6.044 (27%) cumplía con los criterios MAIS 3+. Los accidentados de más edad son los que presentan lesiones más graves: el 46% de los mayores de 85 años tienen un MAIS 3+, seguidos de los comprendidos entre 75 y 84 años (37% de ellos). Los hombres con MAIS 3+ triplican a las mujeres (4.539 por 1.505).

Para estudiar las características de las lesiones de las personas accidentadas y dadas de alta hospitalaria se ha elaborado la matriz de Barell (4) que clasifica las lesiones en función de su tipo y localización. En las 22.102 altas correspondientes a 2012 se produjeron un total de 40.678 lesiones. Más de la mitad de las lesiones son fracturas (58,5%), seguidas de las lesiones internas (17,2%). Un tercio de las fracturas se producen en las extremidades y globalmente las lesiones se localizan fundamentalmente en el tórax (13,2%) y en la pierna y tobillo (11,7%) (Tabla 2).

Tabla 2. Matriz de Barel de la distribución porcentual de las lesiones por accidente de tráfico en 2012

		Fracturas	Dislocación	Esguince y torcedura	Interno	Herida	Amputaciones	Vasos sanguíneos	Contusión superficial	Aplastamiento	Quemaduras	Nervios	NE	Total
Cabeza y cuello	Lesión cerebral	2,28%	0	0	4,57%	0	0	0	0	0	0	0	0	6,84%
	Tipo 1	0,61%	0	0	3,73%	0	0	0	0	0	0	0	0	4,34%
	Tipo 2	0,32%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,32%
	Tipo 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros cabeza, cara y cuello	Cabeza	0	0	0	0	0,81%	0	0	0	0	0	0,05%	0,35%	1,22%
	Cara	3,92%	0,01%	0,00%	0	1,87%	0	0	0	0	0	0	0	5,79%
	Ojo	0	0	0	0	0,34%	0	0	0,23%	0	0	0,01%	0	0,58%
	Cuello	0,02%	0	0,00%	0	0,05%	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0	0,08%
Medula espinal y espalda	Cabeza, cara y cuello	0	0	0	0	0	0	0,02%	0,91%	0	0,01%	0	0,23%	1,18%
	NE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cervical	0,18%	0	0	0,10%	0	0	0	0	0	0	0	0	0,28%
	Torácico/dorsal	0,18%	0	0	0,02%	0	0	0	0	0	0	0	0	0,20%
Medula espinal y columna vertebral	Lumbar VCI	0,13%	0	0	0,00%	0	0	0	0	0	0	0	0	0,13%
	Sacro coccigeo	0,01%	0	0	0,00%	0	0	0	0	0	0	0	0	0,01%
	Médula/espalda NE	0	0	0	0,01%	0	0	0	0	0	0	0	0	0,01%
	Cervical	1,45%	0,17%	1,08%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,70%
Tono	Torácico/dorsal	1,66%	0,01%	0,07%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,74%
	Lumbar VCI	2,37%	0,01%	0,08%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,46%
	Sacro coccigeo	0,49%	0,04%	0,00%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,53%
	Médula/espalda NE	0,07%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,07%
Tono	Pecho (tórax)	7,64%	0,02%	0,01%	4,77%	0,02%	0	0,06%	0,67%	0	0,00%	0	0	13,19%
	Abdomen	0	0	0	3,83%	0,11%	0	0,05%	0,38%	0	0,00%	0,01%	0	4,39%
	Pelvis y urogenital	3,52%	0,07%	0,00%	0,14%	0,10%	0	0,01%	0,08%	0	0,00%	0,00%	0	3,93%
	Tronco	0,00%	0	0	0	0,03%	0	0	0,14%	0	0,01%	0	0,98%	1,17%
Extremidades	Espalda y nalgas	0	0	0,00%	0	0,02%	0	0	0,29%	0,01%	0,02%	0	0	0,31%
	Hombro y brazo	6,79%	0,89%	0,15%	0	0,13%	0,02%	0	0,27%	0,00%	0,01%	0	0,10%	8,36%
	Antebrazo y codo	5,59%	0,17%	0,05%	0	0,49%	0,01%	0	0,07%	0,00%	0,02%	0	0	6,39%
	Cargo, manos y dedos	2,44%	0,39%	0,12%	0	0,71%	0,09%	0	0,18%	0,03%	0,02%	0	0,02%	4,00%
Extremidades	Otros NE	0,01%	0	0	0	0,07%	0,01%	0,05%	0,20%	0,00%	0,03%	0,26%	0,05%	0,68%
	Cadera	2,08%	0,29%	0,04%	0	0	0	0	0,12%	0	0	0	0	2,52%
	Muslo	2,67%	0	0	0	0	0,01%	0	0,14%	0,01%	0,00%	0	0	2,83%
	Rodilla	0,83%	0,20%	0,25%	0	0	0	0	0,21%	0,00%	0,01%	0	0	1,50%
Indefinible por localización	Pierna y tobillo	11,02%	0,12%	0,33%	0	0	0,03%	0	0,13%	0,03%	0,01%	0	0	11,67%
	Pie y dedos del pie	2,13%	0,18%	0,00%	0	0,31%	0,03%	0	0,10%	0,05%	0,01%	0	0	2,83%
	Otros NE	0,02%	0	0,18%	0	1,56%	0,00%	0,14%	0,41%	0,02%	0,03%	0	0,20%	2,57%
	Other / múltiple	0,04%	0	0	0	0	0	0,01%	0	0	0	0,09%	0	0,14%
Indefinible por localización	Localización NE	0,00%	0,01%	0,02%	0,02%	0,06%	0	0,00%	3,42%	0,00%	0,04%	0,00%	0,87%	4,45%
	Todo el sistema	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,57%
TOTAL		58,47%	2,57%	2,40%	17,20%	6,67%	0,21%	0,35%	7,92%	0,16%	0,26%	0,42%	2,81%	100%

Elaboración: DGT

Valorar el coste de los accidentes de tráfico es un tema complejo. A partir de la acción COST 313 de la Comisión Europea se identificaron tres categorías de costes: económicos directos (médicos, del vehículo, etc.), económicos indirectos (capacidad productiva perdida, incapacidad) y costes humanos en relación con calidad de vida perdida, sufrimiento, etc. En 2011 la DGT en colaboración con la Universidad de Murcia hizo una estimación del coste asociado a los accidentes de tráfico con víctimas, las cifras actualizadas a 2012 arrojan que un fallecido supondría 1,37 millones de euros, un herido grave 214.679 € y uno leve 5.980 €. El coste total rondaría el 1% del PIB (Tabla 3).

Tabla 3. Cálculo del coste asociado a los accidentes de tráfico con víctimas

Víctimas	Coste unitario	Personas		Coste total	
		Sector transporte	Sectores transporte y salud	Sector transporte	Sectores transporte y salud
Fallecidos	1.372.377	1.903	1.903	2.611.633.684	2.611.633.684
Heridos graves	214.679	10.444	22.102	2.242.107.417	4.744.835.133
Heridos leves	5.980	105.446	525.741	630.529.459	3.143.743.607
				5.484.270.559	10.500.212.423

Las cifras de víctimas correspondientes al Sector Transporte son del año 2012.

La cifra de fallecidos corresponde al año 2012, la de heridos graves al año 2011 y la de heridos leves a 2011.

Elaboración: DGT.

LA VALORACIÓN DE LOS CONDUCTORES EN ESPAÑA: PRESENTE Y FUTURO

La necesidad de que los conductores reúnan las aptitudes psicofísicas suficientes para desempeñar la tarea de conducir se plantea en España en los primeros años del siglo XX. El Reglamento para el Servicio de Coches Automóviles por carretera del año 1900, exigía una aptitud en general de los conductores. Posteriormente en 1934, el Código de la Circulación hace referencia a las pruebas psicofísicas de los conductores, y exige poseer las debidas aptitudes para obtener el permiso de conducción, competencia que depende del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

La norma se va desarrollando y en 1957, se exige que todo solicitante de permiso de conducción de las clases B y A actuales deba obtener un certificado médico de condiciones físicas, expedido por un facultativo; para la clase C, se exigía también, un certificado psicotécnico, expedido por el Instituto Nacional de Psicotecnia, y para el actual permiso D, se requería además, una mayor fuerza muscular en las manos y gran rigor en cuanto a la agudeza visual, el reconocimiento debería ser periódico.

En 1969, los correspondientes certificados de aptitud deberían ser expedidos por un médico con ejercicio profesional en la localidad de residencia habitual del solicitante, si se trataba de los permisos de las clases A o B, o por el Instituto de Psicología Aplicada y Psicotecnia, si fuera el de las clases C, D o E.

El incremento del número de conductores hizo que el sistema no funcionase: la falta de medios de exploración de gran parte de los facultativos y la incapacidad para que los Institutos de Orientación Educativa y Profesional asumieran todas las exploraciones de los conductores profesionales, originó que en 1982, se estableciera un nuevo sistema para la valoración de las aptitudes psicofísicas de los conductores, con la creación de los centros de reconocimiento, que se han mantenido hasta el momento actual sufriendo las últimas modificaciones en cuanto a su regulación y funcionamiento en el año 2010, mediante el real decreto 170/2010, de 19 de Febrero por el que se aprueba el Reglamento de centros de reconocimiento destinados a verificar las aptitudes psicofísicas de los conductores.

La norma que regula los criterios de aptitud psicofísica en España es el anexo IV del Reglamento General de Conductores (5) que tiene su base en la Directiva Europea sobre el permiso de conducción.

Los centros de reconocimiento de conductores (CRC) son centros sanitarios, cuya misión fundamental es verificar que el aspirante a conductor reúne las capacidades psicofísicas requeridas para conducir. Además de la autorización sanitaria deben ser acreditados e inscritos en las Jefaturas Provinciales de Tráfico.

Dichos centros pueden ser oficiales dependientes de la Administración pero la gran mayoría son de carácter privado. En la actualidad existen 2.112 centros repartidos por todo el territorio nacional.

Entre sus medios personales cuentan con un médico de medicina general, un psicólogo y un oftalmólogo. Este último puede formar parte de la plantilla o dar servicio a través de un concierto con una consulta externa. Así mismo, los centros deben contar con los materiales de exploración mínimos para valorar los requisitos de aptitud psicofísica establecidos en el Anexo IV del Reglamento general de conductores.

De las funciones que desempeñan los CRC destacan:

1. Evaluación de la aptitud psicofísica del conductor:
 - tanto en las obtenciones como en las renovaciones de los permisos de conducir.
 - en las obtenciones tras la pérdida de puntos.
 - en relación con el artículo 47 del código penal.
 - tareas de conducción (conductor de mercancías peligrosas, etc.).
 - relacionadas con la enseñanza de conducción (profesor de formación vial, etc).
2. Gestión de prórroga de vigencia a petición del interesado: tarea administrativa que evita trámites administrativos al interesado.
3. Consejo médico: si bien no es una de las funciones que atribuye la norma a los centros, los profesionales de los mismos ocupan un lugar idóneo para ofrecer consejo médico vial en relación con la patología del conductor, como en otros aspectos, buen uso de los elementos de protección, disociación de consumo de alcohol y conducción, etc.

Una novedad interesante que aporta la norma, es la introducción como herramienta para la evaluación de los conductores, del "Protocolo de exploración médico-psicológica

para centros de reconocimiento de conductores”. Dicho protocolo elaborado en el año 2000, por un grupo de expertos, Grupo de Figueres en colaboración con la Dirección General de Tráfico, con la finalidad de establecer un procedimiento de evaluación homogéneo y sensible, ha sido revisado y actualizado en el año 2007, con la participación del citado grupo, la Dirección General de Tráfico y la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo. Consta de dos partes, el protocolo básico aplicable a la valoración de todos los conductores, y el protocolo específico destinado a la evaluación de determinados alteraciones, factores de riesgo o dirigida a conductores profesionales. Hasta el momento actual se ha desarrollado un procedimiento específico para la valoración de las patologías oftalmológica, cardiovascular, de aparato locomotor, psicología, y consumo de alcohol y otras drogas.

La normativa legal permite a los médicos de los CRC completar la valoración mediante la solicitud al conductor de un informe médico complementario, que aporte los datos necesarios sobre el diagnóstico, tratamiento y grado de control de las enfermedades que padece.

Otra novedad, la comunicación vía telemática de los CRC con las Jefaturas Provinciales de Tráfico mediante una aplicación que recoge el resultado de los reconocimientos médicos, tanto de las enfermedades como de las restricciones o limitaciones impuestas, de forma pormenorizada y codificada lo que permitirá extraer conclusiones para la toma de decisiones, si bien aún quedan por definir aspectos importantes que permitan la explotación de los datos.

A lo largo del año 2011 se han realizado 4.316.916 reconocimientos, un 19,04% para la obtención del permiso, el 80,03% para prorrogar y el 0,06% para su recuperación tras la pérdida por los diferentes motivos. Del total de reconocimientos el 54,52% han resultado aptos, el 44,33% aptos con restricciones, si bien 1.642.183 se trata de corrección de la agudeza visual, un 0,07% han resultado no aptos y el 1,06% interrumpidos (situación en la que el interesado debe aportar informe médico complementario a fin de que el facultativo pueda pronunciarse sobre la aptitud del conductor).

¿HACIA DÓNDE DEBEMOS AVANZAR?

Existen diferencias importantes entre el “modelo español” de reconocimiento de conductores y el modelo utilizado en el resto de Europa, diferencias que van disminuyendo a medida que avanza el proceso de armonización.

Frente al modelo primario de evaluación vigente en España, el resto de Europa trabaja con el modelo secundario más centrado en la detección del conductor de riesgo, modelo hacia el que caminamos. Además la evaluación del conductor reincidente, al que podemos acceder a través del sistema del permiso por puntos y la evaluación de conductores con factores de riesgo derivados desde el ámbito sanitario, constituyen dos importantes líneas de trabajo a desarrollar.

La explotación de las bases de datos relativas a la evaluación de conductores a fin de conocer en profundidad el sistema evaluador español, su capacidad para identificar factores de riesgo, la idoneidad de sus medidas correctoras, y en definitiva su eficacia.

Avanzar en el proceso de colaboración entre los CRC y la sanidad asistencial a fin de mejorar la transferencia de información y facilitar la detección del conductor de riesgo.

Potenciar la colaboración y formación en todos los sectores implicados en la valoración de los conductores, especialmente con patologías complejas con afectación del sistema locomotor.

En definitiva, el “modelo español” requiere una revisión que permita mayor eficiencia en la detección y control del conductor de riesgo. Esta revisión ha de incluir la promoción de la profesionalización y especialización de la evaluación médico-psicológica, la

actualización de herramientas de evaluación y la monitorización de la labor preventiva de los centros de reconocimiento de conductores”

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee JW. Child survival: a global health challenge. *Lancet*, 2003, 362:262.
2. *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
3. Las principales cifras de la siniestralidad vial. España 2012. Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. Madrid, 2013.
4. Barell V, Aharonson-Daniel L, Fingerhut LA, Mackenzie EJ, Ziv A, Boyko V, Abargel A, Avitzour M, Heruti R. An introduction to the Barell body region by nature of injury diagnosis matrix. *Barell. Inj Prev*. 2002 Jun;8(2):91-6.
5. Boletín Oficial del Estado (BOE) n.º 138 de 8 de junio de 2009. Real Decreto 818/2009, pp. 48069-48182.

Controversias

Rosa María Virolés Piñol

Magistrada de la Sala IV del Tribunal Supremo. Madrid.

Correspondencia

rosamaria.viroles@justicia.es

I. INTRODUCCIÓN

Como cuestión previa, he de mostrar mi agradecimiento a los organizadores de este II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social, en especial en la persona de su presidente D. José Manuel Vicente Pardo, por su invitación para intervenir en el mismo, lo cual es un gran honor para mí compartir e incluso disentir, —puesto que mi intervención corresponde a la mesa de “Controversias” (En el ámbito laboral: Capacidad /Incapacidad/Discapacidad) moderada por Dña. Araceli López-Guillén García— sobre algunas de las cuestiones polémicas que nos son habituales a todos los aquí convocados.

Dicho lo anterior, y teniendo en cuenta que en tan breve espacio de tiempo es imposible abordar con profundidad la totalidad de las cuestiones que se suscitan ante los órganos de la jurisdicción social, y en concreto que lleguen a ser resueltas por el Tribunal Supremo, sobre la materia asignada a esta mesa de debate, voy a limitarme a alguna de ellas exponiendo los criterios jurisprudenciales, sin perjuicio de las cuestiones que surjan en el coloquio que espero cumpla su objetivo.

II. CONCEPTO DE “PROFESIÓN HABITUAL”

1. Aproximación al concepto

Teniendo en cuenta que la declaración de incapacidad permanente total, procede cuando la situación física o psíquica del trabajador le inhabilita para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, siempre que pueda dedicarse a otra distinta, resulta clave para la declaración de incapacidad permanente la determinación del concepto de profesión habitual.

La prestación de incapacidad permanente total se caracteriza, por que el trabajador que accede a esta prestación no presenta unas limitaciones que le incapaciten para cualquier actividad, a diferencia de la situación de incapacidad permanente absoluta o la gran invalidez, sino que sólo le afectan para el ejercicio de su profesión habitual.

En las normas de Seguridad Social no encontramos una definición del término “profesión habitual”, por lo que han sido los Órganos de la Jurisdicción Social, y en concreto la jurisprudencia que emana del Tribunal Supremo en su doctrina unificadora, los que han asumido la tarea de configurar este concepto.

Ahora bien, esta tarea no es ni ha sido pacífica, puesto que, como se verá, los Tribunales han mantenido diversas posiciones, que van desde asimilar la profesión habitual en unos a la categoría profesional o bien al grupo profesional o, incluso, a las tareas que normalmente presta el trabajador en el desarrollo de sus tareas o funciones asignadas a su concreto puesto de trabajo. Es fundamental pues, determinar qué se entiende por profesión habitual y profesión distinta, a efectos de determinar la posible

compatibilidad de la pensión de incapacidad permanente total que pueda reconocerse y un trabajo remunerado.

En principio —y según el Instituto Nacional de la Seguridad Social— hay que distinguir si la incapacidad tiene su origen o es consecuencia de un accidente (laboral o no) o de enfermedad (común o profesional):

- En caso de accidente, se considerará por profesión habitual la desempeñada normalmente por el trabajador al tiempo de sufrir el accidente.
- En los casos de enfermedad (común o profesional), es aquella a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental, durante el período de 12 meses anteriores a la fecha en que se hubiese iniciado la incapacidad temporal de la que se derive la incapacidad permanente.

En la interpretación que han dado los Tribunales puede observarse una tendencia expansiva desde los primeros pronunciamientos del Tribunal Central de Trabajo hasta los más recientes de la Sala Cuarta del Tribunal Supremo en doctrina unificadora.

Tiempo atrás, el extinto Tribunal Central de Trabajo identificó la profesión con el concreto puesto de trabajo, es decir, el conjunto de cometidos del puesto de trabajo desempeñado por el trabajador, independientemente de los correspondientes a su categoría profesional, si bien ya en 1977 pasó a identificar la profesión habitual con el conjunto de tareas que conformaban la categoría profesional del trabajador (SSTCT de 1-3; y de 15-4-1977).

El Tribunal Supremo —creador de nuestra jurisprudencia— ha atendido en gran parte de sus resoluciones hasta la Ley 27/2011, al contenido funcional que se establece en las Ordenanzas Laborales.

La STS de 17-1-1980 señala que el punto de referencia es la labor que “el trabajador está cualificado para realizar y a lo que la empresa le haya destinado o pueda destinarle en movilidad funcional, sin perjuicio de las limitaciones correspondientes a las exigencias de titulación académica o de pertenencia a un grupo profesional. De este modo, en la calificación de la invalidez, no sólo se han de tener en cuenta las funciones correspondientes a la categoría profesional del presunto incapaz, sino también aquéllas que le sean exigibles dentro de la movilidad funcional ordinaria (art. 39 ET)”. Son muchas las resoluciones que han venido después refiriendo y aplicando este con dicho criterio expuesto y que definen la profesión habitual como el conjunto de tareas exigibles dentro de la movilidad funcional ordinaria. También las Salas de lo Social de los Tribunales Superiores han mantenido este criterio.

El artículo 8 de la Ley 24/1997 de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social, vino a dar nueva redacción al art. 137 LGSS, y también a consagrar esta interpretación más amplia cuando dispone en su apartado quinto que:

“la calificación de la incapacidad permanente en sus distintos grados se determinará en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo que reglamentariamente se establezca. (...) A efectos de la determinación del grado de incapacidad, se tendrá en cuenta la incidencia de la reducción de la capacidad en el desarrollo de la profesión que ejercía el interesado o del grupo profesional en que aquélla estaba encuadrada, antes de producirse el hecho causante de la incapacidad permanente”.

Se amplía la determinación de la incapacidad porque se hace en referencia a la profesión que ejercía el interesado pero también al grupo profesional en que aquélla estaba encuadrada, y ello recogiendo la jurisprudencia citada, que definía la profesión habitual, con las funciones exigibles al trabajador dentro de la movilidad funcional ordinaria (art. 39.1 ET).

El nuevo concepto de profesión habitual se delimita no sólo atendiendo a “la profesión que ejercía el interesado”, sino también a la “del grupo profesional”, parámetro este último más amplio y que genera ciertas complicaciones calificadoras, ya que la

constitución de los grupos profesionales no contiene referencia alguna a las profesiones. Por otro lado, esta referencia al grupo profesional va a ser menos favorable para el trabajador porque puede crear supuestos de desprotección si la afectación de la capacidad laboral impide ejercer las tareas de su profesión u oficio pero puede ejercer otras funciones o tareas de distinta profesión encuadrada dentro de su grupo profesional.

La reforma efectuada en el artículo 137.2 LGSS por la Ley 24/1997 identificaba profesión habitual como grupo profesional, expresamente contempla que a efectos de la determinación del grado de la incapacidad se tendrá en cuenta la incidencia de la reducción de la capacidad de trabajo en el desarrollo de la profesión que ejercía el interesado o del grupo profesional, en que aquella estaba encuadrada, antes de producirse el hecho causante de la incapacidad permanente. Ello, desde una interpretación literal del artículo 137.2 LGSS no vigente, puesto que será de aplicación a partir de la fecha en que entren en vigor las disposiciones reglamentarias a que se refiere el apartado 3 del art. 137, que señalaba debían dictarse en el plazo de un año. Entretanto se seguirá aplicando la legislación anterior. El plazo previsto fue ampliado por la D. A. trigesimovena de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social (BOE 31/12) de modo que las disposiciones reglamentarias previstas, deberían haber sido aprobadas por el Gobierno durante el ejercicio 1999. Dado que el desarrollo reglamentario previsto no se ha llevado a cabo aún, se mantiene el texto original del art. 137 LGSS.

2. Modificaciones que introduce la Ley 27/2011 en la pensión de Incapacidad permanente, y Análisis jurisprudencial

Destaca la norma la conveniencia de arbitrar mecanismos que favorezcan la inclusión y acceso al empleo de calidad, permitiendo una compatibilidad entre el tránsito de políticas pasivas a medidas activas, favoreciendo una mayor flexibilización en el régimen jurídico de las pensiones de incapacidad permanente, con la finalidad de moderar la incompatibilidad existente en la legislación. Asimismo, y en orden a evitar los problemas que surgen en relación con las reglas de incompatibilidad de la pensión de incapacidad permanente, se recomienda que, al alcanzar el pensionista de incapacidad la edad de jubilación, el régimen de compatibilidad de su pensión se regule en términos similares a los establecidos para la pensión de jubilación.

El art. 3 de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, modifica el art. 141 LGSS en orden a las “compatibilidades en el percibo de prestaciones económicas por invalidez permanente”, estableciendo la nueva redacción del apartado 1 del artículo 141 de la LGSS que “en caso de incapacidad permanente total para la profesión que ejercía el interesado”, añadiendo “o del grupo profesional en que aquella estaba encuadrada”, la pensión vitalicia correspondiente será compatible con el salario que pueda percibir el trabajador en la misma empresa o en otra distinta, añadiendo “siempre y cuando las funciones no coincidan con aquellas que dieron lugar a la incapacidad permanente total”.

La norma es un tanto confusa, si tenemos en cuenta que por el momento no existe definida una incapacidad permanente total para el grupo profesional. Ahora bien, si consideramos el criterio de las funciones a que alude en su último inciso y si atendemos, según la Exposición de Motivos, a su finalidad clarificadora en relación con colectivos donde hay funciones de segunda actividad, como bomberos o policías, se concluye que lo pretendido es permitir la compatibilidad de la pensión con la segunda actividad, —lo que, además, se compadece con que, a los efectos de una revisión de grado, se valoren las funciones originarias y no las funciones de segunda actividad, STS de 10.10.2011, rec. 6799/2011—.

Así, y como señala la STS de 28 de febrero de 2005 (Rec. 1591/2004), desde una interpretación literal del artículo 137.2 LGSS la declaración de incapacidad permanente total habría que reconducirla al grupo profesional. Esta perspectiva parece la más acertada, puesto que previsiblemente en algún momento entrará en vigor esta redacción del artículo 137 LGSS y facilita la calificación de esta situación puesto que sí existe un

concepto legal de grupo profesional, en concreto en el artículo 22 ET, que define el grupo profesional como el que agrupa unitariamente las aptitudes profesionales, titulaciones y contenido general de la prestación, que podrá incluir diversas categorías y distintas funciones.

La Jurisprudencia tiene señalado que el grado de incapacidad permanente total concurre cuando, no pudiendo el trabajador desempeñar su profesión habitual, puede realizar otra más liviana o sedentaria, como se recoge en la sentencia del Tribunal Supremo de 3 de julio de 1987, entre otras muchas, «aunque mayores problemas encierra la determinación de lo que deba entenderse por profesión habitual, lo que, según las Sentencias de esta misma Sala de 10 de febrero y 6 de octubre de 1998 —Recursos 2266/97, y 1606/98, respectivamente—, “no equivale al concreto puesto de trabajo, ni a la concreta categoría profesional, sino a la profesión en sí misma, valorándose la pérdida de capacidad para su desempeño de manera más importante que la pérdida de tal capacidad para un concreto puesto de trabajo e incluso para una determinada categoría, dado que la pérdida en cuestión se protege mediante una pensión vitalicia”».

El Tribunal Supremo (Sala de lo Social), relaciona la profesión habitual y el concepto de grupo cuando, en la referida sentencia de 28 de febrero de 2005, dice que “El concepto del grupo se halla en el art. 22.2 del Estatuto de los Trabajadores y no ha tenido acceso a las normas de Seguridad Social. Aquel precepto lo define como “el que agrupe unitariamente las aptitudes profesionales, titulaciones y contenido general de la prestación y podrá incluir tanto diversas categorías profesionales como distintas funciones o especialidades profesionales”. Definición no precisamente clarificadora, pero que contiene una referencia útil a la solución del problema que hoy se debate, al precisar que el grupo puede incluir diversas categorías y distintas funciones. En definitiva el grupo puede incluir diversas profesiones. Estimar que el concepto de profesión habitual equivale a grupo profesional, a los efectos de la declaración de incapacidad, conduciría al absurdo de denegar la prestación a quien no quedando capacitado para una tarea propia de profesión que requiere una formación específica, pudiera seguir siendo apto para cumplir las necesidades ergonómicas de una actividad por completo diferente de la suya y para la que no tuviera la formación profesional necesaria. Tesis que hemos de rechazar, sin que ello quiera decir que efectuemos una identificación entre profesión habitual con la aptitud para un preciso y determinado puesto de trabajo. En definitiva, en tanto no se lleve a cabo el desarrollo reglamentario del precepto de la Ley, debe subsistir el concepto de la primitiva versión y profesión habitual deberá ser aquella a la que el trabajador hubiera venido desempeñando”.

Igualmente, el Tribunal Supremo, en la STS de 27 de abril de 2005, considera que “No se olvida en el razonamiento de la sentencia recurrida que “no cabe identificar”, a los efectos de calificación de los grados de la incapacidad permanente, “profesión habitual con puesto de trabajo habitual ni con categoría” profesional. En este punto la resolución impugnada no se aparta de la doctrina jurisprudencial en la materia de la que son exponentes, entre otras, las sentencias de esta Sala de 17 de enero de 1989 y la ya citada de 12 de febrero de 2003 (rec. 861/2002); de acuerdo con la primera de ellas “la profesión habitual no es esencialmente coincidente con la labor específica que se realice en un determinado puesto de trabajo sino aquella que el trabajador esté cualificado para realizar y a la que la empresa le haya destinado o pueda destinarle en movilidad funcional”; y esta consolidada jurisprudencia inspira también con toda evidencia a la segunda sentencia citada, cuando afirma que la profesión habitual “permite su ejercicio en empleos o puestos distintos, pero propios del mismo grupo profesional, en el sentido que lo define el art. 22.2 del Estatuto de los Trabajadores”. Sin perjuicio de esta premisa doctrinal, la sentencia recurrida no ha considerado la inclusión o no en la profesión habitual de bombero de la “segunda actividad” de los trabajadores de los servicios de prevención y extinción de incendios porque tal hipotética operación de movilidad funcional o de modificación de la función laboral no se ha planteado, ni ejercitado, y ni siquiera consta que fuera posible en el caso”.

Esta falta de conceptualización legal de lo que ha de configurarse como profesión habitual aboca a que haya de estarse a la interpretación que en cada momento puedan determinar los Tribunales; situación que sólo al legislador compete mitigar mediante su oportuna y necesaria configuración legal, máxime cuando de tal configuración o concepción se hace depender la compatibilidad de la pensión de incapacidad permanente total con la realización de otros trabajos compatibles con su estado como se verá.

Cabe recordar también Sentencia de TS, Sala 4.ª de lo Social, 22 de Mayo de 2012, en la que se examina un supuesto de Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual y se analiza la existencia de una segunda actividad. En el caso, el demandante que tiene reconocida una incapacidad permanente total para su profesión habitual de bombero en virtud de Resolución dictada por el INSS el 13 de mayo de 2005, se encuentra en situación de segunda actividad. Por Resolución del Departamento de Interior, Relaciones Institucionales y Participación de la Generalitat se acordó mantener al actor en segunda actividad. El actor reclamó en vía judicial que se declare que continúa afecto de Incapacidad Permanente para su profesión de bombero y que se le reconozca el derecho a seguir percibiendo la pensión que le corresponda según el grado de incapacidad. La sentencia del Juzgado de lo Social estimó la demanda y la sentencia de suplicación revoca la anterior resolución al considerar que no cabe considerar en situación de Incapacidad Permanente para la profesión de bombero a quien, en situación de segunda actividad, sigue realizando funciones que forman parte de su profesigramas laboral. Las funciones que se deben de tener en cuenta para calificar la incapacidad permanente total son las fundamentales de la profesión habitual de bombero, sin que sea obstáculo para ello el reconocimiento de una situación de segunda actividad, o el hecho de que las tareas desempeñadas en ella sean de carácter liviano y sedentario o de índole administrativa. Hay que tener en cuenta a efectos de la calificación de incapacidad permanente todas las funciones que integran objetivamente la “profesión” y, por ello, a la hora de determinar la marca de rendimiento que pudiera aquejar al solicitante ha de hacerse en atención al conjunto de actividades que integran la profesión habitual. En la medida en que la sentencia recurrida no ha aplicado este criterio y ha valorado las lesiones del actor considerando, de manera exclusiva o, al menos, fundamental su proyección sobre el ámbito funcional de la segunda actividad ha de estimarse.

Y sobre la misma cuestión, la Sentencia de TS, Sala 4.ª de lo Social, 3 de Mayo de 2012 señala que la cuestión que se trata de dilucidar es la del alcance que tiene, a los efectos de la calificación de un trabajador como inválido permanente total para su profesión habitual, el hecho de que esté desempeñando una “segunda actividad” en la misma empresa y en el mismo grupo profesional al que estaba adscrito. También aquí, se trata de un bombero, categoría 1.ª al servicio de una administración autonómica, que aparte de otros cometidos de carácter administrativo, de prevención o de planificación de la propia actividad, comprendía —lógicamente— tareas tales como la intervención personal y directa en la extinción de incendios o en los siniestros análogos en los habitualmente participan dichos profesionales. Así pues, aunque sea desde una perspectiva distinta (la compatibilidad), en tanto no resulte de aplicación la previsión modificativa del art. 141.1 de la LGSS contenida en el art. 3. Dos de la nueva Ley 27/2011, por la que, a partir del 1-1-2013, la compatibilidad entre la pensión de IPT y el salario que pueda percibir el trabajador en la misma empresa o en otra distinta parece condicionada a que las nuevas funciones “no coincidan con aquellas que dieron lugar” a la propia pensión, es decir, en la actualidad, a la hora de determinar la merma de rendimiento que pudiera aquejar al solicitante, ha de hacerse en atención al conjunto de actividades que integran esa “profesión habitual”, no sólo a las que se puedan desempeñar como segunda actividad, sobre todo cuando persiste la patología que dio lugar a la IP.

Además, no puede obviarse que, el art. 3 de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, añade un apartado 3 al art. 141 de la LGSS donde se establece que “el disfrute de la pensión de incapacidad permanente absoluta y de gran invalidez a partir de la edad de acceso a la pensión de jubilación será incompatible con el desempeño por el pensionista de un trabajo, por cuenta ajena o propia, que determine su inclusión en alguno de los regímenes

del Sistema de la Seguridad Social, en los mismos términos y condiciones que los regulados para la pensión de jubilación en su modalidad contributiva en el apartado 1 del artículo 165 de esta Ley”.

De este modo, la compatibilidad entre la pensión de incapacidad permanente absoluta para toda profesión u oficio con el trabajo que, con la finalidad de favorecer la integración de la persona con discapacidad, se admitía en la jurisprudencia —STS de 30.1.2009, 1849/2008—, se limita ahora desde la edad de acceso a la pensión de jubilación.

La STS/IV de 28 de febrero de 2005, resuelve supuesto en que la sentencia de instancia declaró al actor afecto de incapacidad permanente total para su profesión habitual de operario de fábrica y condenó a los demandados a satisfacerle la correspondiente prestación. El INSS y la TGSS interpusieron recurso de suplicación que fue estimado por la sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid. Esta sentencia introdujo en el relato de hechos probados la afirmación de que el trabajador estaba integrado en el Grupo Profesional del Convenio Colectivo de las Industrias Químicas y, al amparo de lo dispuesto en la norma convencional, acabó desestimando la pretensión, por referir las dolencias a las múltiples actividades incluidas en el Grupo profesional mencionado. Señala la STS que, estimar que el concepto de profesión habitual equivale a grupo profesional, a los efectos de la declaración de incapacidad, conduciría al absurdo de denegar la prestación a quien no quedando capacitado para una tarea propia de profesión que requiere una formación específica, pudiera seguir siendo apto para cumplir las necesidades ergonómicas de una actividad por completo diferente de la suya y para la que no tuviera la formación profesional necesaria. Se estima el recurso de casación formulado.

En la STS/IV de 26 de marzo de 2012, el problema jurídico a resolver, consiste en determinar qué actividad ha de ser tenida en cuenta como profesión habitual a efectos de una eventual declaración de incapacidad permanente total, cuando dicha actividad más prolongada en el tiempo es de naturaleza política o político-representativa. La profesión “habitual” es la ejercida prolongadamente, y no la residual a cuyo ejercicio ha podido haber conducido la situación invalidante. La profesión que el demandante desempeñó desde el 17 de junio de 2003 hasta el 14 de julio de 2008, la de teniente de alcalde y alcalde sucesivamente, ha de ser la que se tenga en cuenta a los efectos de valorar su capacidad residual para el trabajo. Se desestima el recurso de casación para unificación de doctrina.

La STS/IV de 8 de junio de 2005, estima que se entiende por profesión habitual la que el trabajador ejercía habitualmente en el momento en que comienza la patología determinante de este grado de incapacidad, abstracción hecha de que, antes o después, haya realizado otra el trabajador incapacitado. El artículo 137 de la Ley General de la Seguridad Social se está refiriendo a las labores desarrolladas en el momento de sobrevenir el accidente, que son el medio de vida del trabajador, para identificar la profesión habitual, que, por esas razones, no es la desempeñada al tiempo de la emisión del dictamen del EVI. Se estima la demanda. Se aprecia en parte el recurso de Suplicación. Se estima el recurso de Casación para la unificación de doctrina.

La STS/IV Sentencia de 26 de septiembre de 2007, señala en relación al concepto de Incapacidad Permanente Total analizado que, es irrelevante a efectos de aplicar la concurrencia de la identidad requerida por el artículo 217 de la Ley de Procedimiento Laboral (ahora, art. 219 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social), que en la sentencia recurrida el trabajador hubiera desarrollado una primera actividad desde el año 1990 pasando el 2 de octubre de 2001 a desarrollar una segunda actividad y el 2 de noviembre de 2002 a desarrollar una tercera actividad mientras que en la sentencia de contraste el actor desempeñó la actividad de mecánico de automóviles durante 22 años y la de guarda de edificio durante 380 días. Asimismo es irrelevante, en el análisis de la contradicción, que en la sentencia recurrida no conste si hubo o no periodo de I. T., en tanto en la de contraste consta que el actor estuvo en situación de I. T. con anterioridad a la solicitud de invalidez permanente y también carece de relevancia que en la sentencia

recorrida el actor cambia de actividad laboral, previo acuerdo con la empresa y en la de contraste no, pues lo relevante es, el determinar qué profesión ha de tomarse en cuenta, entre las sucesivas desarrolladas por el trabajador, a efectos de determinar si su situación es constitutiva de incapacidad permanente total.

En la STS/IV de 20 de septiembre de 2005, sobre compatibilidad del ejercicio profesional con el cobro de la pensión, se reclama contra la sentencia que estimó el recurso de suplicación contra el fallo sobre compatibilidad de pensión por incapacidad permanente con el ejercicio de la actividad profesional actual. Es claro que la actividad a desarrollar por el demandante tras el alta (gestión administrativa de la empresa de transportes) supone la realización de tareas diversas a aquellas que realizaba cuando fue declarado en situación de incapacidad permanente total (transportista-repartidor). La unidad referida al ejercicio de una actividad económica no supone que se ejercite una sola actividad profesional: no desaparece la peculiar identidad de cada una de las actividades que conforman en su globalidad dicha actividad económica. Precisamente la confluencia de dos componentes en el ejercicio de una actividad económica: uno específico y central (la realización del trabajo lucrativo) y otro genérico y común a toda actividad organizada (gestión y administración). Se desestima el recurso de casación.

La STS de 7 de febrero de 2002, señala que a efectos de la declaración de incapacidad permanente total, no se considera profesión habitual la inmediata anterior ejercida durante un breve período de tiempo. Así se pone de manifiesto en esta sentencia, se considerará como profesión habitual la desempeñada durante más de veinticinco años como dependiente y no la desarrollada cuatro meses como administrativa, aunque haya mediado un intervalo de desempleo entre una y otra y ello hubiera supuesto que en los doce meses anteriores a la iniciación de la incapacidad temporal el período trabajado sólo hubiera prestado servicios como administrativa.

La STS/IV de 12 de febrero de 2003, en supuesto de trabajador que ejerce la profesión de camionero, señala que para valorar la situación de incapacidad permanente total cabe distinguir entre el concepto de puesto de trabajo y la profesión habitual del trabajador, y si ésta permite prestar servicios en puestos distintos, pero pertenecientes al mismo grupo profesional en el sentido del art. 22.2 ET. Al actor se le han retirado los permisos de conducir C y D, debido a que las lesiones ocasionadas por tres accidentes de trabajo, le han provocado la pérdida de las aptitudes necesarias para llevar a cabo la 3 conducción de vehículos de gran tonelaje, tareas fundamentales y básicas en el ejercicio de su profesión. En tal caso, debido a que el permiso clase B no le fue retirado, no puede denegarse la prestación de incapacidad permanente total, exigiendo al trabajador que conduzca otra clase de vehículos de menor dimensión, considerando la conducción como una sola profesión.

III. ALTA POR INSPECCIÓN MÉDICA, Y NUEVA BAJA POR EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD. PROCESOS PATOLÓGICOS DISTINTOS

Se trata de una cuestión que surge reiteradamente en la práctica y en la que el Inspector Médico puede desarrollar una importante función colaboradora con la jurisdicción en aras a que ésta forme su convicción.

En la reciente STS de 15 de octubre de 2013, se analiza el supuesto de un trabajador que sigue proceso de Incapacidad Temporal, siendo alta por mejoría por la Inspección Médica, con el diagnóstico de: IAM, enfermedad coronaria de dos vasos, angioplastia más stent no farmacológico, gonalgia izquierda sin limitación funcional y síndrome ansioso depresivo. El trabajador causa nueva baja por I. T. por el Servicio médico de salud y es diagnosticado por el médico de cabecera de: Rotura crónica de ligamento cruzado anterior, gonartrosis femorotibial izquierda y hemartrosis.

El INSS deniega la prestación de Incapacidad Temporal derivada de la segunda baja médica, al considerar que el Servicio de Salud no estaba facultado para cursar esta baja.

Formulado recurso de casación para la unificación de doctrina, la cuestión a resolver por el Tribunal Supremo consiste en “determinar si la Orden de 21 de marzo de 1.974, en el actual marco normativo, exige para obtener prestaciones por incapacidad temporal que, en aquellos casos en los que el asegurado las obtuvo por una baja derivada de una determinada patología y es dado de alta por los Servicios Autonómicos de la Inspección Médica, sean éstos únicamente quienes puedan cursar nueva baja médica para obtener nuevas prestaciones cuando el segundo proceso patológico es distinto del inicial.

Consta en la *sentencia recurrida, dictada por el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 12 de abril de 2012 (rec. 1701/2011)*, que el demandante inició proceso de incapacidad temporal el 07/01/2008 tras un “*infarto agudo de miocardio*”, del que fue dado de alta por mejoría por la Inspección Médica el 03/10/2008. El 23/02/2009, es decir, cuatro meses después, es dado de baja nuevamente si bien no por la Inspección Médica sino por el médico de cabecera del Servicio Público de Salud por una dolencia distinta —“*rotura crónica de ligamento cruzado anterior, gonartrosis femorotibial izquierda y hemartrosis*”—. Tras solicitar prestación económica por incapacidad temporal como consecuencia de la segunda baja, ésta fue denegada. La Sala de suplicación revoca la sentencia de instancia para denegar el derecho a la prestación, tras realizar una interpretación de lo dispuesto en la Orden de 21 de marzo de 1974, Orden de 19 de junio de 1997 y RD 1117/1998, que modifica el RD 575/1997, por entender que lo que dichas normas no amparan es la prolongación de un proceso de incapacidad temporal a que haya puesto fin la intervención de los servicios de la Inspección Médica a través del alta, mediante la expedición de una nueva baja por el médico de cabecera, y como en el momento del alta ya existía una dolencia no invalidante a nivel de la rodilla, y al no constar la validación de ese parte de baja por el ICAM, no puede considerarse que el trabajador se encuentre en situación de incapacidad temporal”.

Constado de la comparación de la sentencia recurrida con la de contraste aportada, la concurrencia del requisito de la contradicción (art. 219 LRJS), procede que la Sala entre en el fondo de la cuestión suscitada y señale la doctrina que resulte ajustada a derecho. Y lo hace señalando lo siguiente:

“La cuestión planteada, tal y como se ha dicho antes, queda entonces referida a determinar si la Orden de 21 de marzo de 1974 (BOE número 94, de 19 de abril, disposición número 8069, página 7993) por la que se regulan determinadas funciones de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social en materia de altas médicas, continúa vigente en toda su expresión literal o cuando se trata de patologías distintas esa norma se ha visto afectada o derogada parcialmente por disposiciones posteriores.

Dicha cuestión ha sido resuelta por esta Sala IV del Tribunal Supremo en doctrina unificadora, en sentencia de 30-enero-2012 (rcud. 111/2011) —designada de contraste— y en la posterior de 7-febrero-2012 (rcud. 1456/2011) que reitera aquélla. Como señalamos en la de fecha 30-enero-2012, designada de contraste en el presente recurso:

“[...] antes de traer aquí el texto íntegro de la norma conviene decir que esa disposición se enmarca como regulación complementaria y necesaria de lo que se dispone en otra Orden de la misma fecha, 21 de marzo de 1974, publicada en el mismo BOE 94, de 19 de abril, cuyo número de orden es el 8068 (página BOE 7992), disposición por la que se modifican los artículos 17, 18 y 19 de la Orden de 13 de octubre de 1967, sobre prestación por incapacidad laboral transitoria en el Régimen General de la Seguridad Social.

En el número 7 del artículo 17 de esa Orden de 13 de octubre de 1967 se incluía como consecuencia de la modificación operada por la Orden de 21 de marzo de 1974 (número 8068) la posibilidad de que la Inspección de los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social comprobase la situación sanitaria del trabajador en cualquier momento, así como las situaciones de alta y baja del mismo.

La Orden de 21 de marzo de 1974, ahora aplicada por el INSS recurrente para denegar las prestaciones solicitadas por el demandante (la que lleva el número 8069), viene a regular la actuación del Servicio de Inspección en tales casos, estableciendo en su artículo 1.º 1 que

'la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social, de oficio o en virtud de la información recibida de las Empresas o de los Servicios Médicos de las mismas podrá decretar, previas las actuaciones que estime procedentes el alta médica de los trabajadores que se encontraran en situación de incapacidad laboral transitoria debida a enfermedad común o accidente no laboral'. En el número 2 de este artículo se dice que 'El alta médica que se decrete de acuerdo con lo previsto en el número anterior determinará la extinción de la situación de incapacidad laboral transitoria, conforme a lo establecido en el apartado al del número 1 del artículo 10 de la Orden de 13 de octubre de 1967'.

El artículo 2, en el que se centra el debate ahora, establece que *'Durante un periodo, que será determinado por la Inspección de Servicios Sanitarios y que no podrá ser inferior a seis meses, la baja médica de los trabajadores que hayan sido dados de alta de conformidad con lo dispuesto en el artículo anterior, corresponderá a dicha Inspección'.*

A continuación ha de decirse que aún cuando la Orden que se acaba de transcribir formaba parte del sistema de control de situaciones de incapacidad temporal prevista en el artículo 17 de la Orden de 13 de octubre de 1967 sobre prestación por incapacidad laboral transitoria en el Régimen General de la Seguridad Social, precepto que fue expresamente derogado por la Disposición Derogatoria Única de la Orden de 19 de junio de 1997, por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, sobre determinados aspectos de la gestión y control de la prestación de incapacidad temporal, sin embargo en ningún momento se ha producido la derogación expresa de la Orden ahora examina, de 21 de marzo de 1974.

(...) Pero aunque esa derogación no se ha producido, con posterioridad se ha promulgado un conjunto normativo que ahora se va a describir y que incide necesariamente en la interpretación que haya de darse a la Orden de 21 de marzo 1974.

La Disposición Adicional Primera del Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio, en relación con la expedición de bajas médicas cuando previamente se haya expedido alta médica por los servicios médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social, establece que *'Cuando en un proceso de incapacidad temporal se haya expedido el parte médico de alta por los servicios médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social, durante los seis meses siguientes a la fecha en que se expidió aquélla, los correspondientes partes médicos de baja, únicamente podrán ser expedidos por la Inspección Sanitaria del correspondiente Servicio Público de Salud, en relación al proceso patológico que originó el alta'.* En sentido contrario, cuando se trate de distintos procesos patológicos que dieron lugar a la situación inicial con alta, y a la nueva baja que se curse dentro de los 180 días siguientes, ésta no deberá ser expedida por la Inspección Sanitaria.

La norma transcrita viene a completar el sistema de gestión y control de la prestación de incapacidad temporal, regulada en el R. D. 575/1997, de 18 de abril, y tiene su desarrollo reglamentario en la Orden de 18 de septiembre de 1998, por la que se modifica la Orden de 19 de junio de 1997, que desarrolla a su vez aquél Real Decreto 575/1997, en cuya Disposición Adicional Única también se dice que *'De conformidad con lo previsto en la disposición adicional primera del Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio, cuando en un proceso de incapacidad temporal se haya expedido el parte médico de alta por los servicios médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social, durante los seis meses siguientes a la fecha en que se expidió aquélla, los correspondientes partes médicos de baja únicamente podrán ser expedidos por la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del correspondiente Servicio de Salud, en relación con el proceso patológico que originó el alta, de oficio o a propuesta del facultativo del Servicio de Salud'.*

Por otra parte, las normas citadas y las que ahora se dirán, tal y como se afirma en la exposición de motivos del R. D. 1117/98, se enmarcan dentro de las 'medidas de racionalización y efectividad en la gestión de la prestación económica de incapacidad temporal, que pretende, garantizando el derecho de las personas que se encuentran realmente en la situación de incapacidad protegida, combatir las actuaciones de abuso y fraude, mediante un control más preciso de la incidencia de las dolencias padecidas en

la capacidad laboral del interesado, todo ello en el marco del programa del Gobierno de lucha contra el fraude social'.

La clave entonces que se contiene en las referidas normas a efectos de la determinación del Órgano que haya de cursar la nueva baja en los seis meses siguientes al alta de la anterior situación de incapacidad temporal que se hubiese cursado por los servicios médicos adscritos al INSS a los efectos del percibo de la prestación es la de que se trate, o no, del mismo proceso patológico que originó el alta.

Entonces, esa distinción entre la naturaleza de la patología que origina la primera baja sobre la que se proyecta el alta otorgada por la Inspección de Servicios Sanitarios y la nueva baja es fundamental para conocer quién haya de otorgarla, de manera que el artículo 2 de la Orden de 21 de marzo de 1974 habrá de interpretarse de manera armónica con la normativa posterior y afirmar que cuando se trata de distintos procesos patológicos los que originaron la primera y la segunda situación de baja, será el correspondiente facultativo de los Servicios Públicos de Salud el competente para otorgar la segunda, tal y como acertadamente decidió la sentencia recurrida en el caso que aquí examinamos.

(...) En la misma línea, la interpretación anterior se complementa y refuerza con el contenido del artículo 128.1 a) de la Ley General de la Seguridad Social, en la redacción que le dio la Ley 40/2007, aplicable al caso de autos por razones temporales, desde el momento en que en el párrafo segundo se decía que una vez agotado el plazo máximo de duración de la prestación de doce meses *'el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, será el único competente para reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de seis meses más, o bien para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien para emitir el alta médica, a los efectos previstos en los párrafos siguientes. De igual modo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social será el único competente para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal cuando aquélla se produzca en un plazo de seis meses posterior a la antes citada alta médica por la misma o similar patología, con los efectos previstos en los párrafos siguientes'*.

De nuevo el elemento clave de interpretación que contiene la norma para determinar el órgano competente para cursar la nueva baja en estos casos es el de si se trata de la misma o similar patología, como lo es cuando se trata de exigir o no un nuevo periodo de actividad laboral cotizada de seis meses para generar el derecho a la prestación de incapacidad temporal derivado de la misma o similar patología, a que se refiere el artículo 131 bis LGSS. Si se trata de patología distinta no se exige ese periodo de ocupación cotizada.

Del mismo modo, y ahora en relación con la competencia para expedir altas médicas en los procesos de incapacidad temporal, en el párrafo 3.º del número 1.º del artículo 131 bis LGSS se dice que *'Sin perjuicio de las competencias que correspondan a los Servicios Públicos de Salud, los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social podrán expedir el correspondiente alta médica en el proceso de incapacidad temporal, a los exclusivos efectos de las prestaciones económicas de la Seguridad Social y en los terminas que reglamentariamente se establezcan'*, con lo que se cierra el bloque normativo que en conjunto resulta incompatible con una interpretación de la Orden de 21 de marzo de 1974 en la que no tenga lugar la distinción que antes se dijo, según las patologías que originaron los procesos de baja sean los mismos o no.]

(...) Aplicando los anteriores argumentos al caso que ahora hemos de resolver, ha de llegarse a la misma solución, pues —como queda dicho—, el demandante inició proceso de incapacidad temporal el 07/01/2008 tras un *'infarto agudo de miocardio'*, del que fue dado de alta por mejoría por la Inspección Médica el 03/10/2008. El 23/02/2009, es decir, cuatro meses después, es dado de baja nuevamente si bien no por la Inspección Médica sino por el médico de cabecera por una dolencia distinta —*'rotura crónica de ligamento cruzado anterior, gonartrosis femorotibial izquierda y hemartrosis'*—, de lo que se infiere con claridad que los procesos patológicos eran completamente distintos,

de manera que la interpretación integradora de la Orden de 21 de marzo de 1974 que antes se explicó, ha de conducir a la conclusión de que la nueva baja cursada por el médico de cabecera del Servicio Público de Salud, debió tener plena virtualidad al haberse expedido por quien era competente para ello”.

En sentencia de 27 de enero de 2009 (rcud. 616/2008) entre otras, asimismo se examina el supuesto de trabajadora que después de agotado el periodo de IT, tras serle denegada la incapacidad permanente, es dada de alta, pero no se reincorpora a la empresa porque al día siguiente inicia un nuevo periodo de IT por distinta enfermedad. La empresa la dio de baja al agotar el periodo máximo de IT y no le dio de alta al no haberse reincorporado a la empresa. El TS estima la pretensión de la trabajadora, apreciando un incumplimiento empresarial, que no obedece a una voluntad deliberadamente rebelde al cumplimiento, sino por el contrario a un error propiciado por las propias Entidades Gestoras, teniendo en cuenta que la empresa elevó consulta sobre la forma en que debía actuar, que motivaron que la empresa no diera de alta a la trabajadora, por lo que no se declara la responsabilidad empresarial en el abono de la totalidad de las prestaciones de IT devengadas por la trabajadora, sino únicamente del periodo fijado en el art. 131 LGSS, siendo el INSS responsable del abono de la restante prestación.

IV. INEPTITUD/INCAPACIDAD

Un supuesto que se hace necesario debatir, es el del trabajador al que no se le declara en grado alguno de incapacidad permanente, y no obstante ello está “incapacitado” o “no apto” para realizar su trabajo ordinario por inhabilidad o carencia de facultades.

El Tribunal Supremo en la STS/IV de 2 de mayo de 1990, entiende que si la incapacidad está acreditada, de manera que resulte indubitado que el trabajador no puede realizar su trabajo habitual a pesar de habersele denegado la Incapacidad Permanente, ha de apreciarse la compatibilidad lógica de la inexistencia de incapacidad permanente y la apreciación de la “ineptitud extintiva”.

Sin perjuicio de distintas soluciones dependiendo de las circunstancias del caso, una solución generalizada es la de la extinción del contrato de trabajo por ineptitud sobrevenida del trabajador.

V. DETERMINACIÓN DE CONTINGENCIA

Se trata de una cuestión reiterada ante los Tribunales en sus distintas variantes.

Entre otros, ante supuesto de Incapacidad Temporal derivada de accidente de trabajo, existe reiterada doctrina jurisprudencial, que señala que la Mutua responsable del pago de las prestaciones derivadas de accidente de trabajo es la aseguradora del riesgo profesional en el momento en que aquél ocurrió, no la que lo cubría en el momento que se reconoció judicialmente la causa o contingencia profesional. Así la STS/IV de 22 de enero de 2008 (rcud. 3998/2006) entiende que la noción de hecho causante, que es fundamental para determinar el momento en que ha de entenderse causada la prestación a efectos de derecho transitorio o para fijar el nacimiento de una situación protegida en aquellos casos en los que los distintos efectos del accidente se despliegan de forma sucesiva (incapacidad temporal, incapacidad permanente, o muerte), no sirven para determinar la entidad responsable de las secuelas que derivan del accidente de trabajo, pues a estos efectos la fecha del accidente es la única que cuenta, dado que éste es el riesgo asegurado, y por lo tanto es la fecha de producción del accidente la que determina la aseguradora, aunque el efecto dañoso (la incapacidad o la muerte) aparezcan con posterioridad.

VI. DEBATE

Sobre las cuestiones apuntadas y relacionadas, se abre intenso debate, de confrontación de experiencias profesionales y soluciones judiciales.

=====

II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social

Madrid, 7 y 8 de noviembre de 2013

Comunicaciones orales

ÁREA TEMÁTICA 1: Instrumentos de gestión y control de la Incapacidad Temporal

Desarrollo de sesiones conjuntas de traumatólogos y médicos inspectores en la unidad médica del INSS

Manuel Gómez Sánchez, Manuel Sereno Martínez, José Carlos Fernández Villarroel, M.ª Valle Calles Martín, Mari Carmen Martín Arrojo, M. Paredes Rodríguez.

Estudio sobre demoras de calificación en la provincia de Cáceres en el periodo

José Carlos Fernández Villarroel, Manuel Gómez Sánchez, M.ª Carmen Martín Arrojo, Manuel Paredes Rodríguez, M.ª Valle Calles Martín.

Revisión y análisis descriptivo de la prestación económica por riesgo laboral en el embarazo gestionada por el INSS en un ámbito provincial

M.ª Begoña Rodríguez Gallego, Teresa Fuentes López, Fernando Bermúdez Granados, Francisca Aurora Toscano Niebla, Santiago Cabuchola Moreno.

Estudio descriptivo de los procesos de IT más prevalentes derivados de problemas durante el embarazo en mujeres de la Comunidad Valenciana

Emilio Martínez Marc, Isabel Vázquez.

ÁREA TEMÁTICA 2: Métodos de valoración de la Incapacidad Laboral

Programa formativo interdisciplinar entre los inspectores médicos del INSS y los equipos de salud mental en Málaga

Matilde Leonor Alba Jurado, Santiago Cabuchola Moreno.

Proyecto de mejora de la asistencia sanitaria (MAS). Estudio multicéntrico y multidisciplinar. Primeras conclusiones

Carolina Gerónimo Blasco, Eduardo Viver Bernadó, María del Mar Blázquez Sánchez, Joaquín Verdugo López, Manuel Mendoza López.

Análisis retrospectivo sobre la utilidad de las herramientas de valoración funcional, en las dolencias lumbares a nivel del ámbito laboral (Regional Canarias de Fremap, año 2012)

Alexander Vera Vicuña, Sonia M.ª Medina Macías.

ÁREA TEMÁTICA 3: Comunicación entre la medicina evaluadora y la laboral

Estudio de concordancia entre la mutua Asepeyo y el INSS sobre las propuestas y resoluciones de secuelas y capacidad laboral por contingencia profesional.

Javier Enrique Aragón Cutillas.

Estudio de los expedientes de determinación de contingencia en una dirección provincial del I.N.S.S.

María Begoña Rodríguez Gallego, Mónica Alicia Rodríguez Gallego, Ana Belén González Ruiz, Francisca Aurora Toscano Niebla, Santiago Cabuchola Moreno.

ÁREA TEMÁTICA 4: Controversias en la evaluación de la incapacidad

Enfermedad pre-existente, agravamiento y/o accidente de trabajo. Análisis de 10 casos clínicos

Ana M.ª González Onetti, Carolina Ruiz-Granados, Victoria Tena Trincado.

Estudio del grado de secuela en la contingencia profesional según los diferentes estamentos involucrados dentro de la legislación laboral

Luis Jesús Sánchez-Elvira Muñoz, M.ª José Aguado Benedí.

Estudio del grado de secuela en la contingencia profesional según los diferentes estamentos involucrados, dentro de la legislación laboral, en relación a la zona geográfica. Estudio de la coincidencia entre la mutua y el INSS

Luis Jesús Sánchez-Elvira Muñoz, M.ª José Aguado Benedí.

Estudio de la relación de la profesión con el grado de secuela, en la contingencia profesional según los diferentes estamentos involucrados, dentro de la legislación laboral

Luis Jesús Sánchez-Elvira Muñoz, M.ª José Aguado Benedí.

Desarrollo de sesiones conjuntas de traumatólogos y médicos inspectores en la Unidad Médica del INSS

Manuel Gómez Sánchez¹, Manuel Sereno Martínez¹, José Carlos Fernández Villarroel¹, M.ª Valle Calles Martín, Mari Carmen Martín Arrojo¹, M. Paredes Rodríguez¹

1. Médicos inspectores de la Unidad Médica del INSS de Cáceres.

Resumen

Presentamos en este trabajo el desarrollo y ejecución de las consultas de alta resolución de traumatología (CART) en la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Cáceres. Este tipo de consultas son un instrumento de trabajo derivado del trabajo en conjunto entre médicos inspectores del INSS y traumatólogos del servicio público de salud del SES. Con este tipo de consultas se valora con agilidad a trabajadores en Incapacidad laboral temporal traumatólogica u ortopédica evitando listas de espera de especialista. Con esto modelo de trabajo se demuestra una reducción en los costes económicos por el descenso en el tiempo de gestión y la disminución del número de pruebas medicas necesarias para la evaluación. Permitiendo una eficiente gestión del tiempo utilizado en estas consultas. Proponiéndose realizar consultas similares para otras especialidades, como la siquiatría.

Palabras claves: *Enfermedades traumatólogicas, consultas de alta resolución, listas de espera sanitarias, incapacidad laboral.*

Abstract

We exhibit in this article the development and execution of the consultations of high resolution of orthopedic surgery (CART) in the Unit Medicates of the Dirección Provincial of the INSS of Caceres. This type of consultations are an instrument derived from the work as a whole between governing doctors of the INSS and orthopedic surgeons of the public service of health of the SES. With this type of consultations to workers in labor temporary Disability with Musculoskeletal diseases are valued by agility for labor temporary disability avoiding waiting-lists. With this model of work demonstrates a reduction in the economic costs for the decrease in the time of management and the decrease of the number of medical tests necessary for the evaluation. Allowing an efficient management of the time used in these consultations. Proposing to realize similar consultations for musculoskeletal diseases other specialties, as the psychiatry.

Key words: *Musculoskeletal diseases, consult high resolution, lists of sanitary wait, temporary disability.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las patologías de origen traumatológico suponen una importante causa de incapacidad Temporal (IT), consumo de recursos del Sistema, y gastos indirectos de las empresas. En el 2012, según datos de los procesos de Incapacidad Temporal (IT) gestionados por el INSS:

El 24 % de los procesos de IT son del capítulo XIII de la CIE 9. El 12 % de los procesos de IT cerrados en el 2012 lo son exclusivamente por causas de lumbalgias, ciáticas y cervicalgias. La duración media de procesos de IT INSS, respecto al tiempo estándar (TE) días:

Lumbalgias: 36,86 (14).

Ciáticas: 52,49 (30).

Cervicalgias: 42,94 (20).

Esto supone una desviación respecto a la duración T. E esperable de 163 % para las lumbalgias, en Ciática desviación 75 % y Cervicalgia: 114 %.

Como vemos en las lumbalgias se duplica el tiempo de duración respecto al esperable si se aplicase la duración del tiempo estándar. En la mayoría de las ocasiones esta situación viene originada por las listas de espera.

En las unidades médicas (UM) del INSS se realizan valoración y control de las prestaciones de IT e informes médicos de incapacidad permanente (IP) por Médicos Inspectores del INSS (MI). Para disminuir la duración de la IT por estas causas, se le propuso a la Junta de Extremadura a través del convenio de IT varias opciones:

1. Implementar protocolos de valoración por el médico de atención primaria en coordinación con el especialista de traumatología y derivar con preferencia a los especialistas aquellos pacientes con IT traumatológica, cuando viene propuestos por médicos de atención primaria con el protocolo de pruebas ya realizado.
2. Priorizar a los pacientes en IT cuando se solicita una valoración traumatológica a las consultas de traumatología por el médico inspector del INSS.
3. Acercar el Traumatólogo del SES al trabajador en IT: el especialista vendría al INSS y se le expondrían los casos, denominando a estas consultas de alta resolución de traumatología (CART), en un solo acto médico el INSS dispondría de información relevante para la toma de decisiones sobre las que tiene competencias en la gestión de las diferentes prestaciones.

Finalmente la Junta de Extremadura a través del SES, optó por realizar la tercera opción.

En este proyecto se plantearon varios objetivos:

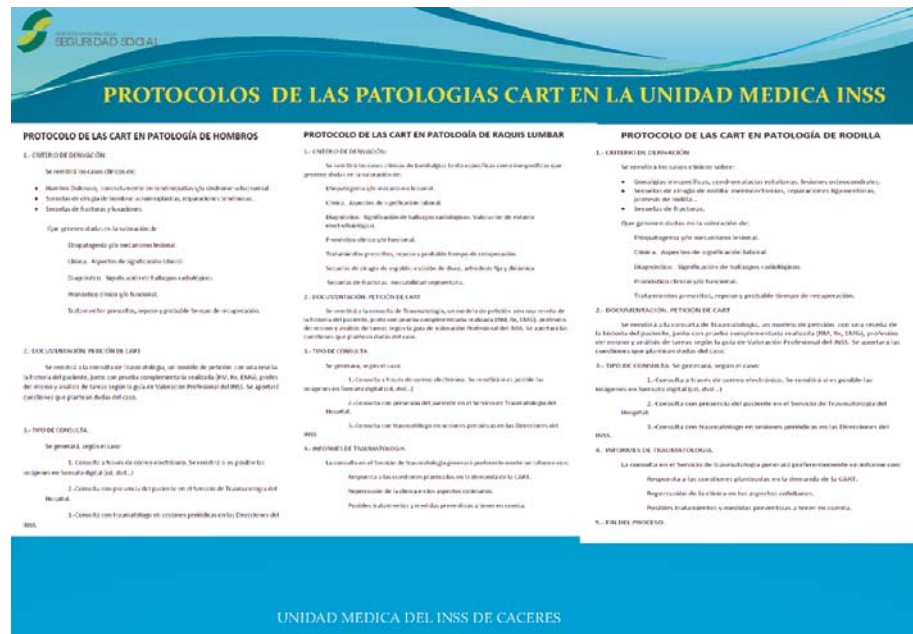
1. Acortar el tiempo de gestión de pruebas de informes de Traumatología con una respuesta por el especialista ágil y de calidad a las peticiones del MI.
2. Actuación docente y formativa sobre traumatología dirigida a los MI, impartida por un especialista en la materia en interacción con los médicos inspectores del INSS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para este trabajo colaboraron todos los médicos de la UM del INSS de Cáceres y Médicos Traumatólogos (MT) del Servicio de Traumatología del Hospital del SES de Mérida. Se realizaron las siguientes actuaciones concretas:

1. Establecimiento de un protocolo de valoración de determinadas patologías traumatológicas: columna y extremidades con las pruebas complementarias necesarias para su oportuna valoración (figura 1).

Figura 1. Muestra los diferentes protocolos utilizados en las consultas



2. Desarrollo de las consultas CART (figura 2).

Figura 2. Muestra el esquema de funcionamiento de las consultas CART



- a) Selección de los casos. Por parte de la UM del INSS de Cáceres, se realizó la selección de aquellos trabajadores en IT, o de IP traumatológicos.
- b) Realización del informe de solicitud de petición de CART remitido al Traumatólogo previamente.
- c) Ejecución de la sesión conjunta. El MI del INSS exponía el caso a los compañeros de la unidad y al MT del SES junto con el apoyo iconográfico de las pruebas médicas.
- d) Realización y envió del Informe Clínico por el Traumatólogo al INSS una vez realizado, en el que se responde específicamente a preguntas concretas.

Resultados

Se realizaron 5 sesiones conjuntas, valorándose 32 pacientes con diferentes patologías traumáticas, con los siguientes resultados:

La distribución de articulaciones objeto de valoración fue la siguiente la que se expone en la **Tabla 1**, siendo la gran mayoría patología de columna.

Tabla 1. Distribución de las patologías estudiadas



- a) Reducción en el tiempo de gestión de las solicitudes de pruebas a Traumatología. Debido a la inmediatez en la gestión de las consultas hubo reducción 25 días por expediente de IT tramitado respecto al periodo en el que no se utilizo este protocolo de CART.
- b) Descenso absoluto en el número de pruebas solicitadas, referidas a patologías traumáticas. Una reducción global del 40 % de las pruebas respecto al periodo previo (**Tabla 2**).

Tabla 2. Evolución de numero de pruebas, según tipología.

NÚMERO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	2009-10	2010-11	% DE REDUCCIÓN
RADIOGRAFÍA OSTEOARTICULAR	11	9	19
ELECTROMIOGRAFÍA	27	10	63
TAC	8	2	75
RMN	33	30	10
INFORMES DE TRAUMATOLOGÍA	38	18	47
INFORMES DE REHABILITACIÓN	6	4	33
INFORMES DE NEUROCIRUGÍA	2	1	50
INFORMES DE REUMATOLOGÍA	5	1	80
TOTAL	130	75	47,15

Descenso del 75 % en el número de TAC, del 80 % en informes a reumatología, 63 % de los electromiogramas, 47 % de informes traumatología, 50 % de

neurocirugía. En global una reducción del 47,15 % en el número de pruebas solicitadas.

Esto se extrapola a un descenso consolidado respecto a la cuantía económica que se ha reducido en el gasto adjudicado al número pruebas solicitadas por la unidad en los últimos años con un descenso medio 50 %.

- c) Descenso relativo descenso del 25 % de las peticiones de pruebas traumatológicas.
- d) Reducción del 18 % en el número de días de gestión de todos los expedientes de IP.
- e) Incremento en la calidad en la elaboración y argumentación de los informes médicos.
- f) Reducción en los trámites administrativos de gestión.

Discusión y conclusiones

El desarrollo de estas sesiones supuso, mejoras:

- a) La calidad del expediente médico laboral. Al disponer de una información clínica del especialista asistencial.
- b) La formación específica traumatología de los médicos inspectores del INSS. Ventajoso para MI y MT.
- c) Mejora en la gestión de los trámites administrativos de las prestaciones de IT e IP.
- d) Ejemplo de actuación de colaboración institucional.

Los CART suponen actuaciones conjuntas institucionales (autonómicas y central), dando a conocer las funciones y competencias de las UM del INSS al sistema sanitario asistencial. Con un enfoque compartido, que busca sinergias oportunas para una respuesta coherente y equilibrada a las necesidades de los ciudadanos, utilizando con eficacia, calidad y eficiencia en los recursos públicos.

- e) Plantearse la realización de actividades similares con otras unidades de Traumatología de la provincia de Cáceres, ya que esta actividad fue realizada con un servicio de Traumatología de la provincia de Badajoz.
- f) Planearse abordajes futuros para otras patologías prevalentes en IT como la enfermedad siquiátrica.



Estudio sobre demoras de calificación en la provincia de Cáceres en el periodo 2008-2013

José Carlos Fernández Villarroel¹, Manuel Gómez Sánchez¹, M.ª Carmen Martín Arrojo¹, Manuel Paredes Rodríguez, M.ª Valle Calles Martín

1. Médicos inspectores de la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Cáceres.

Resumen

Se presentan en este trabajo los datos extraídos de análisis de los expedientes de IT (incapacidad temporal) valorados en el EVI (Equipo de valoración de incapacidades) de la Dirección Provincial de Cáceres, tras el agotamiento de los 18 meses, requiriéndose llegar a demorar y prolongar la IT hasta 24 meses, en el 33 % de todos estos procesos de IT que superan los 18 meses. En la evaluación de los motivos de las demoras se evidenció que el 20 % era por estar en listas de espera quirúrgica y 23,6 % pendiente de consultas médicas y 27 % pendiente de consulta de rehabilitación.

Debido a este excesivo número de procesos de IT demorados proponemos una respuesta coordinada entre el INSS y el Servicio Público de Salud de Extremadura que evite estas situaciones. Promoviendo el cumplimiento de la normativa expuesta de la seguridad social española.

Palabras claves: *incapacidad temporal, listas de espera quirúrgica.*

Abstract

They present in this work the information extracted from analysis of them IT's process (temporary disability) valued for the EVI (Equip of valuation of disabilities) of the Provincial Direction of Caceres, after the depletion of 18 months, being needed to manage to delay and prolong the IT up to 24 months, in 33 % of all these IT's processes that they overcome 18 months. In the evaluation of the motives of the delays I demonstrate that 20 % was for being in lists of surgical wait and 23,6 % dependent on medical consultations and 27 % dependent on consultation of rehabilitation.

For this excessive number of processes of delayed IT we propose a response coordinated between the INSS and the Public Service of Health of Extremadura that avoids these situations.

Promoting the fulfillment of the exposed regulation of the social Spanish safety.

Key words: *temporary disability, lists of surgical wait.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se presentan en este trabajo los datos extraídos de análisis de los expedientes de IT valorados en el EVI de la Dirección Provincial de Cáceres, tras el agotamiento de los 18 meses, respecto a la necesidad de demorar la calificación en previsión de la mejoría.

Lo que permitiría la reincorporación laboral, *pero no es posible* al estar pendiente el trabajador de una actuación sanitaria del Servicio Extremeño de Salud (SES), que de realizarse esta conllevaría la finalización de la situación de IT en los términos de los artículos 128 y 136.1 de la Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó el análisis de todos expedientes médicos-administrativos de las situaciones de IT, que hubiesen agotado los 18 meses desde enero del 2008 hasta febrero 2013.

En total fueron revisados 3032 expedientes.

Se analizaron los datos relativos a las resoluciones del EVI en sus diferentes grados y los médicos de la unidad médica del EVI analizaron todos los informes médicos para encuadrar la causa que conllevó a la propuesta de demora de calificación.

Este encuadramiento se consensuó en cinco motivos médicos:

1. Mantenerse en lista de espera quirúrgica.
2. Confirmación diagnóstica de especialista.
3. Estar pendiente de prueba diagnóstica.
4. Completar cualquier tratamiento que no sea rehabilitación.
5. Completar tratamiento rehabilitador.
6. Otras.

RESULTADOS

Durante el periodo 2008 hasta febrero 2013 el total de expedientes que anualmente llegaban a los 18 meses era de 680 en el 2008 a 562 en el 2012, con una media anual de 588 expedientes, que podemos considerar estable, sin embargo la evolución del incremento en estos cinco años ha sido llamativamente elevada: **tabla 1** y **gráfica 1**.

Tabla 1. Evolución de los expedientes demorados el total de prorrogas de IT

	PORCENTAJE DEMORADOS SOBRE TOTAL EXPEDIENTES PIT				
	2008	2009	2010	2011	2012
<u>EXP. PIT (SES, etc)</u>	680	597	552	548	562
<u>DEMORAS</u>	11	57	95	131	172
<u>PORCENTAJE</u>	2%	10%	17%	24%	31%

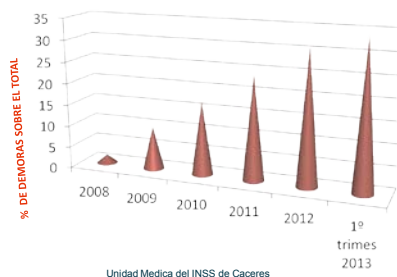
NOTA.- EN 2013 DESDE ENERO HASTA ABRIL HA SIDO DE EN UN 34%

Se objetivó un incremento de las calificaciones de demoras emitidas por el EVI (Equipo de Valoración de Incapacidades), pasando de un porcentaje de demoras 2% en el 2008 a un 34 % en los primeros meses del año 2013.

Gráfico 1. Evolución del incremento de las demoras entre el 2008 y el 2013



EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE DEMORAS SOBRE EL TOTAL DE CALIFICACIONES AGOTADOS LOS 545 DÍAS.



El porcentaje de no incapacitados, con finalización de la IT tras más de 545 días, se mantuvo estable en una media 46 % y de incapacitados en un 54 %, de estos la mayoría fue calificada como Incapacidad Permanente total (IPT): 78 %. **Estos datos se presentan en la Tabla 2.**

Mencionar que de haber calificado las situaciones de incapacidad a los 545 días, es congruente pensar que la primera calificación hubiese sido en muchos casos Incapacidad Permanente Absoluta (IPA) revisable, que podría haberse planteado por el trabajador en el caso de retirar la invalidez posteriormente en la revisión un recurso judicial.

Tabla 2. Evolución de la situación de no invalidez y las de invalidez en estos 5 años

DEMORAS Y SU EVOLUCION EN LA CALIFICACION DE LA IP

2008 2009 2010 2011 2012

<u>CASOS</u>	11	57	95	131	172
<u>NO IP</u>	5 (45%)	21 (37%)	49 (52%)	64 (49%)	83 (48%)
<u>IP</u>	6 (55%)	36 (63%)	46 (48%)	67 (51%)	89 (52%)

Unidad Medica del INSS de Caceres

En el análisis de la motivación clínica para establecer la propuesta de demora, se establecieron que las causas que conllevaron la demora fueron: **tabla 3 y gráfico 2.**

- Includo en lista de espera quirúrgica: 20 %.
- Confirmación diagnostica de especialista: 23,6 %.
- Pendiente de prueba diagnóstica: 9,5 %.
- Completar tratamientos, que no sea rehabilitación: 27 %.
- Completar tratamiento rehabilitador: 12,4%.
- Otras: - 7,5 %.

Tabla 3. Presentación de los porcentajes de demoras, según causas

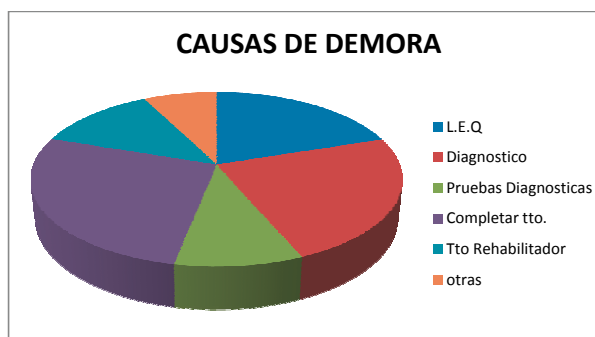


CAUSAS DE DEMORA EN EL PERIODO 2008/2012

• LEQ	20 %
• DIAGNOSTICO	23,6 %
• PRUEBAS DIAG.	9,5 %
• COMPLETAR TTO.	27 %
• TTO. REHAB	12,4 %
OTRAS	7,5 %

Unidad Medica del INSS de Cáceres

Gráfico 2. Representación de las causas de demoras



CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Tras el análisis de estos datos se puede concluir que en el INSS de la provincia de Cáceres:

1. Que ha existido un incremento progresivo en los últimos 5 años de las demoras de calificación en el periodo estudiado, de tal forma que actualmente uno de cada tres situaciones de IT que llegan a 18 meses debe prolongarse la situación de IT hasta agotar un periodo superior a los 545 días que establece el artículo 131.2 bis de la TRLGSS para poder ser calificado con lesiones objetivables, permanente y agotadas las posibilidades terapéuticas.
2. Que la motivación de las demoras se justifica por el retraso en la respuesta asistencial del sistema sanitario público a los trabajadores perceptores de incapacidad temporal.
3. De no haberse resueltos como demora de calificación, en la mayoría de los casos habrían sido resoluciones de IPA, ya que los trabajadores al finalizar el periodo de los 18 meses de IT aun no tienen estabilizadas las lesiones y presenta déficit funcionales de relevancia no resueltos por el sistema asistencial. Con ello se evita derivar hacia situaciones de incapacidad temporal hacia incapacidad permanente, mucho más difíciles de revertir y de mayor coste económico.
4. Sería adecuado dar una respuesta coordinada entre el INSS y el SES que evite estas situaciones, consecuencias de las listas de espera asistenciales, optimizando la aplicación del convenio de IT entre INSS y la Junta de Extremadura.

Promoviendo el cumplimiento de la normativa expuesta en la TRLGSS que regula las situaciones de IT y las calificaciones de IP según el artículo 136.1, con una gestión de las situaciones de IT integradora y coordinada entre ambas administraciones.

Revisión y análisis descriptivo de la prestación económica por riesgo laboral en el embarazo gestionada por el INSS en la Dirección Provincial de Málaga

M.º Begoña Rodríguez Gallego, Teresa Fuentes López, Fernando Bermúdez Granados, Francisca Aurora Toscano Niebla, Santiago Cabuchola Moreno

Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades (UMEVII).
Dirección Provincial del INSS de Málaga.

Resumen

La protección laboral a la gestante y el feto se realiza por medio de la prestación por riesgo laboral durante el embarazo, vigente en España desde 1999 y considerada como contingencia profesional desde 2007. Con la intención de mejorar la gestión de esta prestación se realiza un estudio descriptivo de las solicitudes y reclamaciones presentadas en nuestra Dirección Provincial en los últimos 4 años. La edad materna estuvo comprendida entre 25 y 46 años con una media de edad de 34 años. La edad gestacional a la que se reconoció el riesgo fue mayoritariamente (65,93%) por encima de la semana 24 de embarazo. El 89,5% de las solicitudes correspondieron a trabajadoras sanitarias del Servicio Andaluz de Salud, por lo que el riesgo principalmente alegado fue el biológico. Sin embargo los riesgos por los que se reconoció la prestación fueron predominantemente ergonómicos (56%) seguidos de psicosociales (38%), biológicos (21%), agentes físicos (6%) y agentes químicos (3%). El número total de solicitudes ha permanecido estable en estos 4 años, mientras que el número de reclamaciones ha disminuido significativamente al aumentar la concreción en los criterios del médico evaluador y la información a las trabajadoras.

Palabras clave: Riesgo laboral, embarazo, prestación seguridad social.

Abstract

The provision of occupational risk during pregnancy is in order to protect the health of the working mother and the child. This feature exists in Spain since 1999 and has been considered as a professional contingency since 2007. In order to improve the management of this provision, a descriptive study of requests and complaints in our Provincial Office in the last 4 years has been performed. Maternal age was between 25 and 46 years with an average age of 34 years. The gestational age at which the risk was mostly recognized (65.93%) was above the 24th week of pregnancy. 89.5 % of requests were from health workers of Andalusian Health Service, so that the alleged risk was mainly biological. However, the risks for which provision were recognized were predominantly ergonomic (56%) followed by psychosocial (38%), biological (21%), physical agents (6%) and chemicals agents (3%). The total number of applications remained stable in these 4 years, but the number of complaints decreased significantly due to an increasing of specificity in the criteria of physician evaluating and workers information.

Key words: Occupational risk, pregnancy, social security provision.

INTRODUCCIÓN

La prestación por riesgo laboral en el embarazo es una de las prestaciones más jóvenes en el ámbito de la seguridad social, ya que aunque existente desde 1999 no es hasta el año 2007 con las mejoras de la prestación introducidas por la ley de igualdad cuando empieza a extenderse entre las trabajadoras el conocimiento sobre la existencia de esta prestación y su solicitud empieza a ser más o menos constantes tanto en nuestras unidades médicas como en las MATEPSS, con las que a partir de esa fecha compartimos gestión al pasar a ser contingencias profesional.

Aunque en términos económicos y de volumen de gestión pueda parecer una prestación poco importante, su impacto social es muy elevado ya que la población que protege es una población especialmente sensible y las decisiones que a ella afectan siempre tiene una repercusión social importante.

Como conocer lo que hacemos es siempre el primer paso para mejorar, creemos que el estudio de las variables que condicionan nuestro trabajo y la profundización en dicha prestación suponen un reto para todos los médicos implicados en el reconocimiento y certificación de las situaciones de posible riesgo laboral en el embarazo y especialmente para los médicos inspectores del INSS.

OBJETIVOS

Con la intención de mejorar la gestión de esta prestación nos planteamos como objetivos:

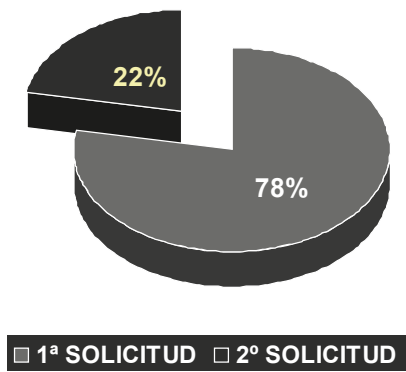
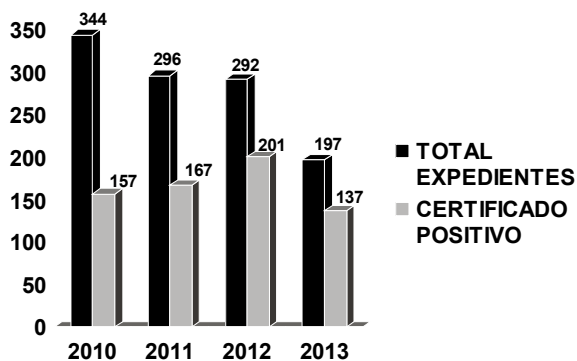
- Conocer la evolución global de esta prestación en los últimos 4 años en nuestra unidad.
- Conocer las características de la población solicitante en nuestra unidad y las variables que condicionan su reconocimiento en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODO

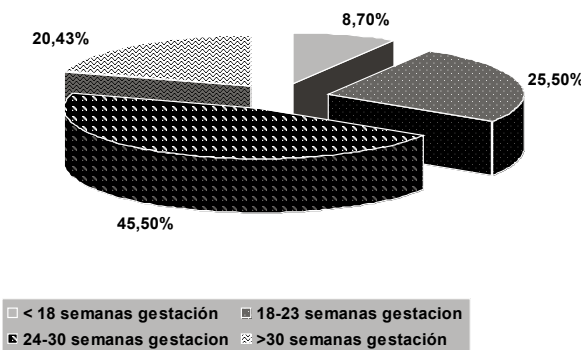
Se realiza un estudio descriptivo, en primer lugar analizamos la totalidad de las solicitudes y reclamaciones de la prestación presentadas en nuestra dirección provincial en los últimos 4 años. Posteriormente realizamos el estudio de las solicitudes presentadas en el año 2013, en el periodo comprendido entre Enero y Septiembre. La información se recoge en base de datos Access. Los parámetros analizados en estos expedientes son los siguientes: edad materna, edad gestacional al reconocimiento de la prestación, profesión y puesto de trabajo, riesgos alegados y reconocidos.

RESULTADOS

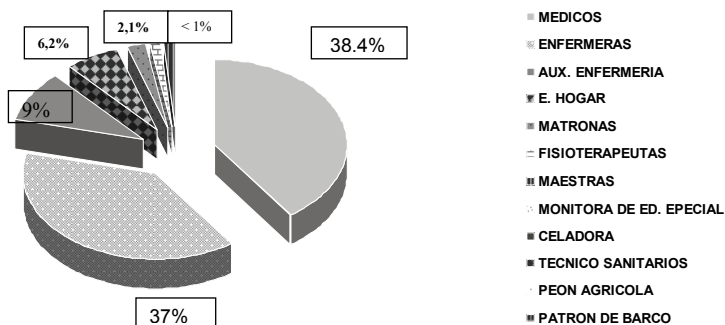
Se observa una disminución progresiva del número de solicitudes de la prestación en los últimos 4 años con un descenso especialmente a costa de los informes negativos, ya que como puede observarse en el siguiente gráfico los certificados permanecen estables. Así en 2010 de un total de 344 expedientes se emitió certificado positivo en 157 caso (45%), en 2011 de 296 fueron positivos 167 (56%), en 2012 los positivos fueron 201 de 292 casos (68%) y en el año actual hasta el momento se han reconocido 137 de un total de 197 lo que supone un 69,5%. De ellas se emitió certificado positivo en 1.ª solicitud en 108 casos y en sucesivas en 29 casos.



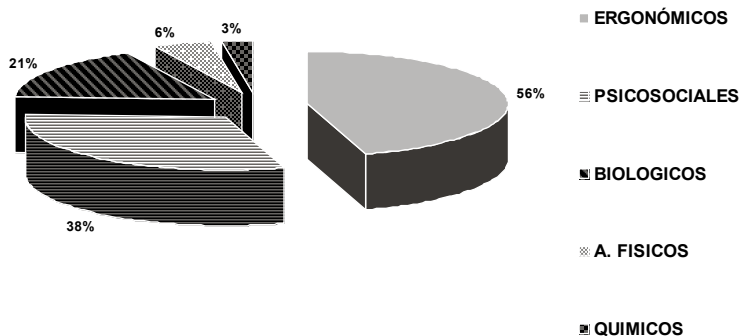
La edad materna estuvo comprendida entre 25 y 46 años con una media de edad de 34 años. La edad gestacional en la que se reconoció el riesgo fue menor de 18 semanas en un 8,7%, entre 18 y 23 semanas de gestación en un 25,5%, un 45,5% estaban entre la semana 24 y 30 de embarazo y por encima de la 30 un 20,43%.



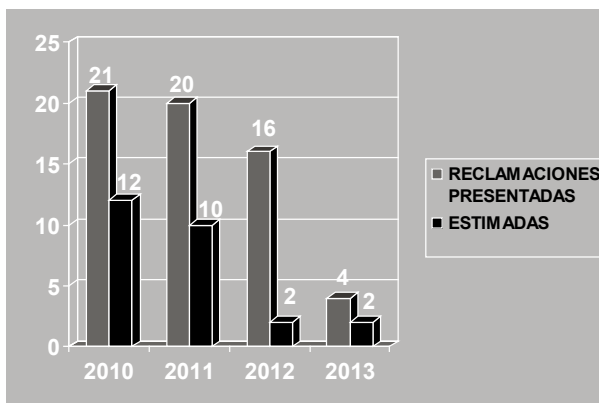
La distribución porcentual de las profesiones en los casos estudiados fue: médicos en un 38,4%, enfermeras 37%, auxiliar de enfermería 9%, empleada de hogar 6,2%, matronas 2,1%, fisioterapeuta 1,39%, maestra 1,39% y con menos de 1%: monitora de educación especial, técnicos sanitarios, celadora, técnico de educación infantil, peón agrícola y patrón de barco. Siendo el 89,5% de las solicitudes de trabajadoras sanitarias del Servicio Andaluz de Salud.



Los riesgos por los que se reconoció la prestación fueron predominantemente ergonómicos (56%) seguidos de psicosociales (38%), biológicos (21%), agentes físicos (6%) y agentes químicos (3%).



La relación de reclamaciones estimadas/ presentadas fue en 2010 12/ 21 en 2011 10/20, en 2012 2/16 y en el año en curso 2/4.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. Se observa una adecuación progresiva entre las solicitudes y los criterios de reconocimiento de la misma en nuestra unidad.
2. La prestación se reconoció en un 66% a partir de la semana 24 de gestación lo que se correlaciona con que los riesgos estimados fueron mayoritariamente los ergonómicos y psicosociales (guardias, prolongaciones de jornada) que tienen mayor repercusión en esta etapa gestacional.
3. El riesgo biológico alegado en las trabajadoras sanitarias, una vez estudiado el estado inmunitario individual y consideradas las medidas preventivas obligadas, no supone un riesgo prioritario.

4. Ha disminuido significativamente la conflictividad de la prestación con un descenso progresivo del número de reclamaciones y litigiosidad judicial, por un mejor análisis y concreción médico-evaluador de los riesgos alegados así como de la información facilitada a la trabajadora en nuestra unidad.

Estudio descriptivo de los procesos de IT más prevalentes derivados de problemas durante el embarazo en mujeres de la comunidad valenciana

Emilio Martínez Marc¹, Isabel Vázquez¹

1. Médicos evaluadores

2. Médico evaluador Jefe

Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Alicante.

Resumen

El embarazo es una situación incluida en la acción protectora de la Seguridad Social. En la provincia de Alicante, durante el periodo 2008 a 2012 el número de mujeres cotizantes ha disminuido un 9,04%, el de nacimientos un 17,4% y el de prestaciones por maternidad el 23,86%. La incapacidad temporal global ha bajado de enero 2012 a enero 2013 más de un 20% y la de la amenaza de aborto un 4,4%. La protección de la situación de riesgo en el embarazo, que tiene la consideración de contingencia profesional, ha aumentado en Alicante un 155% de 2008 a 2012, ya que es una protección más ventajosa económicamente para la mujer.

Palabras clave: *Protección del embarazo, incapacidad temporal, aborto, riesgo embarazo.*

Abstract

Pregnancy is a condition included in the protective action of Social Security. In the province of Alicante, during the period 2008-2012 the number of contributor women has decreased by a 9.04%, the number of births by a 17.4% and maternity benefits by a 23.86%. The total temporary disability has decreased from January 2012 to January 2013 more than a 20% and that due to threat of abortion a 4.4%. The protection of risk in pregnancy, which is considered professional contingency in Alicante, has increased a 155% from 2008 to 2012 because it is more economically advantageous protection for women.

Key words: *Pregnancy protection, temporary disability, abortion, pregnancy risk.*

INTRODUCCIÓN

Nuestra aportación pretende analizar la acción protectora de la Seguridad Social a las mujeres con problemas de incapacidad laboral durante el embarazo y creemos que se encuadra perfectamente bajo el lema del congreso, **VALORACIÓN MÉDICA DE LA CAPACIDAD E INCAPACIDAD LABORAL EN UN ESCENARIO DE CAMBIOS** (II Congreso de Inspección Médica de la Seguridad Social, organizado en Madrid los días 7 y 8 de noviembre de 2013. APROMESS, INSS) y bajo los objetivos del mismo que se manifiestan en su presentación: *“el actual modelo de valoración de la incapacidad laboral así como la legislación existente al respecto precisan una transformación para adaptarse a la realidad laboral y social, debido fundamentalmente a los numerosos cambios que se han ido produciendo en los últimos años con variaciones sucesivas que han elevado la complejidad normativa y la dificultad en la coordinación entre instituciones responsables, dificultando la comunicación entre ellas y afectando a la efectividad del propio sistema en cuanto a la gestión de las Prestaciones de Incapacidad Laboral de la Seguridad Social ligadas a Valoración Médica”*.

OBJETIVO

Estudio del comportamiento de los procesos de absentismo relacionado con problemas de incapacidad laboral durante el embarazo. Este absentismo se analiza en las tres provincias de la Comunidad Valenciana, desde enero 2012 a junio 2013, en un “escenario de cambios” y más concretamente en la provincia de Alicante. Este escenario debe contemplar la evolución del número de trabajadoras en los últimos años y la acción protectora de la Seguridad Social durante el embarazo, ya sea derivada de una situación de incapacidad temporal, en concreto los procesos englobados bajo los diagnósticos 640 y 644 de la CIE-9-MC, incluidos sistemáticamente dentro de los diez diagnósticos más prevalentes así como la derivada de la protección de riesgo durante el embarazo. Si bien los resultados principales vienen referidos a un periodo de tiempo reciente los datos de partida se remontarán a un periodo previo para ver la evolución desde 2008 hasta 2012. Se comparan también con la evolución del conjunto de todas las altas por incapacidad temporal. Es un estudio exploratorio que trata de buscar indicios que expliquen la distinta evolución experimentada por estos procesos. Se buscan respuestas pero también preguntas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Datos de los procesos de incapacidad temporal proporcionados por la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, incluyendo las tres provincias, Valencia Castellón y Alicante por separado. Se utiliza el número de altas de los procesos y los días de baja de esas altas del mismo ámbito. El escenario de cambio estudiado es de enero 2012 a junio 2013 inclusive. Este periodo se caracteriza por un aumento del desempleo y la aplicación de reformas laborales.

El análisis previo se basa en datos desde 2008 hasta 2012, del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es) y de las estadísticas incluidas en la página web de la Seguridad social (www.seg-social.es) relacionados con empleo, cotizaciones, embarazos, protección por maternidad y protección de riesgo durante el embarazo.

La clasificación CIE-9-MC define el código 640 como *hemorragia en fase temprana de embarazo, incluye hemorragia antes de completarse las 22 semanas de gestación* y el 644 como *parto prematuro o amenaza de parto prematuro*.

ANÁLISIS PREVIO

La mujer en el trabajo

La mujer ha incrementado su participación en el mundo laboral de forma paulatina en los últimos años (1) como podemos comprobar en la **tabla I**. Según la Encuesta de Población Activa, la mujer constituía el 37,6% de la población ocupada en 2002, asciende al 41,1% en 2007 y supera el 45,5% en el tercer trimestre de 2013 (2). Si en 2002 la diferencia de tasa de actividad entre hombres y mujeres era de 25 puntos, en 2007 descendía hasta los 20,34 puntos y en el tercer trimestre de 2013 era 13,29.

Tabla I. Población de 16 y más años, por sexo y relación con la actividad económica

Año 2002	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Población de 16 años y más	16.495,5	17.469,5	33.964,9
Activos	11.034,5	7.305,9	18.340,4
Ocupados	10.146,6	6.111,0	16.257,6
Parados	887,9	1.194,9	2.082,9
Inactivos	5.460,9	10.163,5	15.624,5

Año 2007	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Población de 16 años y más	18.480,7	19.182,2	37.662,9
Activos	12.802,5	9.387,4	22.189,9
Ocupados	11.987,2	8.368,8	20.356,0
Parados	815,2	1.018,7	1.833,9
Inactivos	5.678,2	9.794,8	15.473,0

Año 2013.Tercer trimestre	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Población de 16 años y más	18.529,4	19.611,7	38.141,1
Activos	12.307,9	10.420,1	22.728,0
Ocupados	9.162,2	7.654,0	16.823,2
Parados	3.138,7	2.766,0	5.904,7
Inactivos	6.221,5	9.191,6	15.413,1

Datos de colectivos poblacionales en miles: media anual

Fuente: EPA. Elaboración propia

Pese a este proceso de equiparación con el hombre en el reparto del trabajo, la crisis ha producido también un descenso en el número de mujeres trabajadoras cotizantes. Analizamos los datos en la web *inss.es*, de afiliación de último día del periodo en cuestión del Estado, Comunidad Valenciana, provincia de Alicante y género. Observamos un descenso muy importante a nivel nacional entre 2008 y 2012 que alcanza a un total de 1.973.165 trabajadores (disminución del 10,78%). El descenso en la Comunidad Valenciana es de 261.906 (disminución 14,28%) y en Alicante de 76.173 trabajadores (disminución del 12,79%) (3).

El descenso ha sido desigual por género. A nivel nacional la diferencia de género es muy importante ya que el descenso para los hombres ha sido del 14,66% y 5,81% para las mujeres. En la Comunidad Valenciana el descenso en hombres es mayor, el 18,18%, aunque las mujeres también sufren un descenso muy importante, el 9,04%. En la provincia de Alicante el descenso en hombres es del 16,77% y en mujeres del 7,48%.

Mujer y situación de embarazo

La incorporación de la mujer al mundo laboral ha supuesto que se haya producido una especial protección del embarazo. El embarazo es una situación normal en la vida de la mujer que debe ser conciliada con el trabajo.

El embarazo se define, mientras no se demuestre lo contrario, como todo retraso o cese de la menstruación de más de 10 días en una mujer sana, en edad reproductora y con ciclos regulares y espontáneos. En la mayoría de los embarazos no se presentan patologías. Pero no debemos olvidar que el embarazo es una etapa de gran vulnerabilidad tanto para la madre como para el hijo que se está desarrollando. Durante este periodo se producen cambios físicos y psíquicos. Para la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), el embarazo no es una enfermedad y debe compaginarse con la vida laboral (4). Pero a veces, surgen inconvenientes que convierten el embarazo un riesgo y el trabajo en nocivo.

El número de embarazos y partos ha disminuido en los últimos años (5).

El descenso de nacimientos a nivel nacional en 2012 en relación a 2008 es de 66.142. Porcentualmente ha descendido el 12,7%.

El descenso de nacimientos a nivel de la provincia de Alicante en 2012 en relación a 2008 es de 3.520. Porcentualmente ha bajado más que a nivel nacional, el 17,4%. (Tabla II).

Tabla II. Evolución del número de nacimientos

Año	Nacional	Provincia Alicante
2008	519.779	20.202
2009	494.997	18.341
2010	486.575	18.187
2011	470.553	17.246
2012	453.637	16.682

También ha descendido el número de permisos por maternidad. A efectos de la prestación por maternidad, según el artículo 133 bis de la Ley General de la Seguridad Social (6), se consideran situaciones protegidas la maternidad, la adopción y el acogimiento, tanto preadoptivo como permanente o simple de conformidad con el Código Civil o las leyes civiles de las Comunidades Autónomas que lo regulen, siempre que, en este último caso, su duración no sea inferior a un año, y aunque dichos acogimientos sean provisionales, durante los períodos de descanso que por tales situaciones se disfruten, de acuerdo con lo previsto en el artículo 48.4 del Texto Refundido del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, y en el artículo 30.3 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la reforma de la función pública.

El descenso de prestaciones de maternidad (tabla III) a nivel nacional en 2012 en relación a 2008 es de 60.428. Porcentualmente ha bajado el 16,82%. El descenso de prestaciones de maternidad a nivel de la Comunidad Valenciana en 2012 en relación a 2008 es de 37.756. Porcentualmente ha bajado el 20,74%.

Tabla III. Descenso de prestaciones de maternidad

Año	Nacional	Provincia Alicante
2008	359.160	12.608
2009	340.512	11.498
2010	332.557	10.971
2011	324.405	10.724
2012	298.732	9.607

El descenso de prestaciones de maternidad a nivel provincia de Alicante en 2012 en relación a 2008 es de 3.001. Porcentualmente ha bajado el 23,86%.

En el periodo enero septiembre 2013, ha descendido el permiso por maternidad a nivel nacional en 3,97% y el gasto un 8,06%.

La legislación internacional protege la situación del embarazo en el trabajo. Las recomendaciones de la Organización Internacional del trabajo (OIT) y las de las instituciones europeas, concretamente el artículo 15 de la Directiva Marco 89/391/CEE (7) y la Directiva del Consejo de Europa 92/85/CEE (8) relativa a las medidas para promover la mejora de la salud y seguridad en el trabajo de la mujer trabajadora y la legislación nacional consideran la situación de la mujer trabajadora embarazada como “especialmente sensible”.

En España la Ley 31/95 de 8 noviembre de prevención de riesgos laborales (9) contempla, en su Artículo 26, la obligación empresarial de identificar aquellos riesgos que puedan ser peligrosos para la salud de las trabajadoras o del feto y la Ley 39/99 de 5 de noviembre (10) que promueve la conciliación entre la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras ha venido a modificar parcialmente la Ley General de la Seguridad Social, ampliando las prestaciones económicas del sistema e incluyendo entre éstas la prestación económica por riesgo durante el embarazo.

Otras veces surge una patología en el embarazo y es preciso proteger a la trabajadora con un proceso de incapacidad temporal, si se cumplen sus requisitos. A veces pueden coincidir riesgo específico laboral y riesgo genérico clínico. La legislación española en materia de Seguridad Social tiene establecidas dos prestaciones económicas diferentes (subsidios) para cada una de estas posibles situaciones. Así, como con cualquier trabajador o trabajadora, si la situación es achacable a la situación clínica del embarazo (riesgo genérico) puede ser, dependiendo de que cumpla los requisitos y se analicen los requerimientos del puesto de trabajo, susceptible de incapacidad temporal. Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal (artículo 128 de la Ley General de Seguridad Social), las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación (6).

Pero si la situación es achacable a la existencia de un agente nocivo en el trabajo (riesgo específico) se debe valorar como riesgo durante el embarazo. La Ley de Prevención (Artículo 16.1) indica que en el caso de la población laboral especialmente sensible, como son las trabajadoras embarazadas, si las medidas no son racionalmente posibles, se proceda al traslado a un puesto exento del riesgo y en caso de no ser posible, suspender el contrato de trabajo y pasar al subsidio de riesgo durante el embarazo (9).

A los efectos de la prestación económica por riesgo durante el embarazo (artículo 134 de la Ley General de Seguridad Social), se considera situación protegida el periodo de suspensión del contrato de trabajo en los supuestos en que, debiendo la mujer trabajadora cambiar de puesto de trabajo por otro compatible con su estado, en los términos previstos en el artículo 26, apartado 3, de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, dicho cambio de puesto no resulte técnica u objetivamente posible, o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados. La prestación correspondiente a la situación de riesgo durante el embarazo tendrá la naturaleza de prestación derivada de contingencias profesionales (6). El Real Decreto 295/2009 (11) regula esta prestación. A nivel nacional el número medio mensual de procesos de riesgo durante el embarazo iniciados en el periodo 2008-2012 (Tabla IV) ha crecido un 102,24%. A nivel de la Comunidad Valenciana el crecimiento ha sido del 59,46% y a nivel de la provincia de Alicante del 154,85% (12).

Tabla IV. Número medio mensual de procesos de riesgo durante el embarazo

Año	Nacional	C. Valenciana	Provincia Alicante
2008	2.545,91	329,5	69,5
2009	3.241,58	379,83	96,25
2010	4.382	473,33	134,66
2011	4.852,5	525,75	148
2012	5.148,92	525,42	162,72
2013	5.460,38	541	177,12

Evidentemente la simple presencia de un agente nocivo para el embarazo en una actividad laboral no implica necesariamente la inmediata retirada del contacto. Hay factores que hay que tener en cuenta, como el factor temporal (no todos los agentes son nocivos en toda la gestación) y la intensidad (habrá que determinar a partir de que dosis el agente es nocivo).

Estos riesgos pueden clasificarse en: riesgos físicos, riesgos químicos o tóxicos, riesgos biológicos, riesgos ambientales y riesgos de procedimientos industriales.

Hemos comparado los datos obtenidos en los resultados con los del trabajo de Calvo Bonacho que analiza diversos aspectos de la amenaza de aborto (13).

RESULTADOS

Como hemos comentado previamente en el análisis previo, el número de trabajadoras cotizantes disminuye, el número de mujeres embarazadas también y el número de prestaciones de maternidad. La prestación económica por riesgo durante el embarazo ha aumentado más del doble en el mismo periodo.

Durante el periodo estudiado desde enero de 2012 a junio de 2013 inclusive, se objetiva una disminución del número de trabajadores en activo en las 3 provincias. El descenso más importante se produce en Castellón con una bajada de 43.381 trabajadores (227.848 trabajadores en enero 2012 a 184.467 en junio 2013), lo que supone un descenso del 19,04%. La provincia de Valencia pierde 170.064 trabajadores en este periodo (de 1.026.588 a 856.524) es decir una pérdida del 16,57% y por último la provincia de Alicante desciende porcentualmente el 15,9% al bajar desde 654.457 a 550.371 (104.086 trabajadores). Para corregir efectos estacionales comparamos los datos entre los meses de enero 2012 a enero 2013. El descenso en Castellón es del 15,2%, en Valencia es del 13,63% y en Alicante es del 14,1%.

Al analizar el periodo de 18 meses que van desde enero 2012 a junio 2013 se aprecia una disminución importante del conjunto total de procesos de incapacidad temporal. Desciende el 31,55% en la provincia de Castellón (2.574 altas dadas en enero de 2012 a 1.762 en junio de 2013), el 37,05% en la provincia de Alicante (de 9.281 altas dadas en enero de 2012 a 5.826 en junio de 2013), mientras que en la provincia de Valencia el descenso es del 35,48% (de 14.936 altas dadas en enero de 2012 a 9.637 en junio de 2013). Estos descensos deben analizarse en el periodo de 12 meses dada la estacionalidad de los procesos de incapacidad temporal. De enero de 2012 a enero de 2013 sigue existiendo un descenso importante, pero con este matiz en Castellón es del 14,9%, en Valencia del 12,55% y en Alicante del 20,84%.

El descenso interanual de la incapacidad temporal se asemeja al descenso interanual del número de trabajadores cotizantes.

La disminución de la incapacidad temporal por diagnóstico 640 es más variable en este periodo de 18 meses. En Alicante disminuye un 22,2% y en Valencia un 38,96%. Si aplicamos la corrección y analizamos el descenso entre enero 2012 y enero 2013 el descenso en Alicante es de 4,4% y en Valencia del 21,2%. En Castellón no ha sido posible calcularlo al existir un dato erróneo que no hemos podido corregir.

El diagnóstico 640 supone en Valencia el 1,44% de todos los diagnósticos, en Alicante el 1,56% y en Castellón el 1,55%. Si sumamos los diagnósticos 640 y 644 el porcentaje se eleva en Valencia al 1,86%, 2,05% en Alicante y 2,07% en Castellón.

La duración media en IT de todos los procesos es de 43,72 días en Valencia, 40,99 en Alicante y 43,54 en Castellón. El diagnóstico 640 tiene mayor duración que la media, 70,54 días en Valencia, 64,04 en Alicante y 65,42 en Castellón. Por último del 644, en Valencia 50,73 días, en Alicante 55,3 y en Castellón 49,67.

El descenso de permisos por maternidad en Alicante disminuyó un 21,47%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En primer lugar queremos destacar que el periodo de 18 meses analizado en los procesos de incapacidad temporal (códigos 640 y 644 de la CIE), en la Comunidad Valenciana, es atípico y esto impide comparaciones. Lo que en principio pretendía ser una descripción temporal de un periodo y un hecho concretos, ha ido ampliándose para describir como está evolucionando tanto el absentismo por incapacidad temporal como la situación derivada del riesgo de embarazo. Ambos protegen el embarazo pero el resultado es distinto. En el caso de la incapacidad temporal, como cualquier otra está sometida a los requisitos de las contingencias comunes y al cobro de un porcentaje de la base reguladora menor que en el caso de las situaciones de riesgo de embarazo, con agravantes recientes como el recorte de la cantidad a percibir por las empleadas públicas. El riesgo en el embarazo tiene la consideración de contingencia profesional y la ventaja de no precisar cotizaciones previas y de conllevar una compensación económica mayor.

En cualquier caso el desempleo ha crecido en los últimos años y de forma muy acentuada en el periodo de enero 2012 a junio 2013. Los resultados son contundentes. El descenso de cotizantes es menor en el caso de las trabajadoras que en sus compañeros. La explicación es obvia. Esta crisis económica afecta especialmente a oficios relacionados con la construcción y la industria que tradicionalmente son realizados por hombres.

El número de embarazos y partos ha disminuido en los últimos años influido por varios motivos pero fundamentalmente dos, la crisis económica y la inseguridad laboral que comporta y la disminución de la natalidad que aportaban las mujeres inmigrantes.

El número de mujeres beneficiarias de prestación por maternidad ha disminuido aunque en mayor proporción que lo ha hecho el número de embarazos.

En el caso de la provincia de Alicante, durante el periodo 2008 a 2012 el número de mujeres cotizantes ha disminuido el 9,04%, el de nacimientos un 17,4% y el de prestaciones por maternidad el 23,86%. Es llamativo el descenso de mujeres con derecho a prestación por maternidad.

El número de procesos de mujeres diagnosticadas con 640 se sitúa en 1,5% en toda la Comunidad, por debajo de otros trabajos que la cifran en 1,8% (13). Las políticas de discriminación positiva en busca de mayor igualdad y el hecho de que los embarazos se produzcan en edades mayores pueden hacer que aumenten los riesgos conllevando un aumento de diagnósticos 640.

La duración media de los procesos 640 se sitúa en la CV por encima de los 65 días, por debajo de otros estudios pero duplicando el estándar de duración del INSS (14).

Hay una reducción importante de trabajadores incluidos en la protección de la incapacidad temporal de la Seguridad Social debido a la crisis económica. El descenso de procesos de IT en general, también desciende y en el caso de Castellón y Valencia en proporciones similares. En el caso de Alicante el descenso de los procesos de incapacidad temporal es mayor que el descenso de trabajadores.

El descenso del diagnóstico 640 disminuye en Alicante de enero 2012 a enero 2013 un 4,4%. Alicante es la provincia de la Comunidad Valenciana donde más desciende la incapacidad temporal global en el interanual estudiado y donde menos desciende la incapacidad temporal por el diagnóstico 640.

Contrasta con el aumento importante que ha existido de la prestación por situación de embarazo de riesgo. Sin duda es más ventajoso para la mujer embarazada acogerse a esta modalidad más que a la incapacidad temporal ya que tiene la consideración de contingencia profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vicente Merino, Ana, Martínez Aguado, Timoteo, Martínez Aguado, Juliana; Calderón Milán, Ma José y Moreno Ruiz, Rafael (2010). Cambios en el mercado laboral español. La incorporación de la mujer al mercado laboral: factores determinantes a nivel geográfico, profesional y por actividades en el sistema de la Seguridad Social. Publica. [online]. Marzo 2010. Investigación financiada mediante subvención Orden TAS/940/2007, de 28 de marzo y con la Orden TIN/1305/2008 de 6 de mayo de 2008 (Subvenciones para el Fomento de la Investigación de la Protección Social –FIPROS-). Disponible en la World Wide Web: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/131345.pdf>.
2. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa. Disponible en la World Wide Web: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0313.pdf>.
3. Web Seguridad Social. Trabajadores afiliados último día de mes por CC.AA. y provincias. Regímenes y género. Disponible en la World Wide Web: http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/AfiliacionAltaTrabajadores/SeriesDeAfiliacionPublicadasDesde1999/Afiliados2012/AfUlt2012/AUDRG2012/index.htm.
4. Cerrazola Asenjo, Javier, Mercé Alberto, Luis T., Pozuelo Sánchez, Paloma y Jardón Dato, Emilio. Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo. Documento encargado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y elaborado por el grupo de trabajo "Riesgo laboral y embarazo", constituido al efecto en la sede de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Publica. [online]. Enero 2008. Disponible en la World Wide Web: <http://www.uclm.es/servicios/prevencion/documentacion/maternidad/Orientacion%20de%201a%20SEGO.pdf>.
5. Instituto Nacional de Estadística. Fenómenos demográficos. Movimiento Natural de la Población. Estadísticas de nacimientos. Disponible en la World Wide Web: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=p_caxis&path=%2Ft20%2Fe304&file=inebase&L=0.
6. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/index.htm?dDocName=095093.
7. Directiva del Consejo de Europa de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. (89/391/CEE). (DO L 183 de 29.6.1989, p. 1). Disponible en la World Wide Web: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1989L0391:20081211:ES:PDF>.
8. Directiva 92/85/CEE del Consejo de Europa, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz en el trabajo o en período de lactancia (décima Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE). Diario Oficial n.º L 348 de 28/11/1992 p. 0001 – 0008. Disponible en la World Wide Web: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31992L0085:ES:HTML>.
9. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE n.º 269 10- 11-1995.
10. Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. BOE n.º 266 6-11-1999.
11. Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.
12. WEB Seguridad Social. Número medio mensual de procesos de riesgo durante el embarazo. http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Otras_Prestaciones_de_la_Seguridad_Social/Riesgo_durante_el_embarazo/Riesgoembarazo2k13/175993.
13. Calvo Bonachera, E. Duración de la Incapacidad Temporal asociadas a diferentes patologías en trabajadores españoles. Amenaza de aborto. Ibermutuamur. Madrid. 2010. Investigación financiada orden TIN/1902/2009.

14. Tiempos estándar de INCAPACIDAD TEMPORAL. 2a edición. Edita: Instituto Nacional de la Seguridad Social. NIPO: 791-09-079-3 Catálogo general de publicaciones oficiales: <http://www.060.es>. <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/122970.pdf>.

Programa formativo interdisciplinar entre los Inspectores Médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social y los Equipos de Salud Mental en Málaga

Matilde Leonor Alba Jurado, Santiago Cabuchola Moreno

Resumen

La tarea fundamental de los médicos inspectores del Instituto Nacional de la Seguridad Social es la valoración de la capacidad laboral de un trabajador cuando éste sufre una enfermedad que disminuye o anula la misma, de forma temporal o permanente. Las enfermedades psiquiátricas son las más difíciles de valorar debido a la inexistencia de pruebas objetivas que avalen la veracidad e intensidad de los síntomas que relatan los pacientes. Por ello hemos realizado este trabajo formativo con los Equipos de Salud Mental de nuestra provincia, para poder realizar una valoración conjunta con los psiquiatras y así garantizar una mayor fiabilidad en nuestros dictámenes evaluadores.

Palabras clave: *trabajo, enfermedad mental, programa formativo, médico inspector, psiquiatra.*

Abstract

The fundamental task of the medical inspectors of the National Institute of Social Security is the valuation of the work capacity of a worker when it suffers an illness that reduces or cancels the same, either temporary or permanent. Psychiatric illness are the most difficult to assess due to the lack of objective evidence that guarantees the accuracy and intensity of the symptoms that tell patients. Why we conducted this formative work with teams of mental health of our province, to perform an assessment jointly with psychiatrists and guaranteeing greater reliability in our evaluation reports.

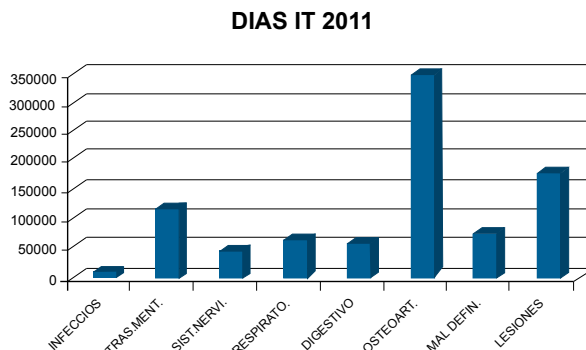
Key words: *Work, mental illness, training program, medical inspector, psychiatrist.*

Los trastornos mentales son un problema de primera magnitud, por su elevada prevalencia (20% de la población general los padece), por el impacto de sufrimiento y desestructuración en las personas, sus familias y su entorno más cercano, así como en las altas tasas de discapacidad e invalidez que generan. Cuando analizamos las estadísticas médicas de trastornos mentales que hay en la bibliografía mundial las cifras son alarmantes: Unos 450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental, un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos psiquiátricos. Globalmente, el 12% de ellos se deben únicamente a la depresión. Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad. El coste social y económico de la enfermedad mental es del 4% del PNB en la Unión Europea, en torno a los 182.000 millones de euros. En muchos países europeos, las enfermedades mentales son la causa del 45-55% del absentismo laboral. En España, algo más del 19% de la población padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, cifra que se incrementará considerablemente en el futuro.

Ante estos preocupantes datos hicimos un análisis de la situación de los trastornos mentales en nuestra Unidad Médica de Málaga, y obtuvimos los siguientes resultados:

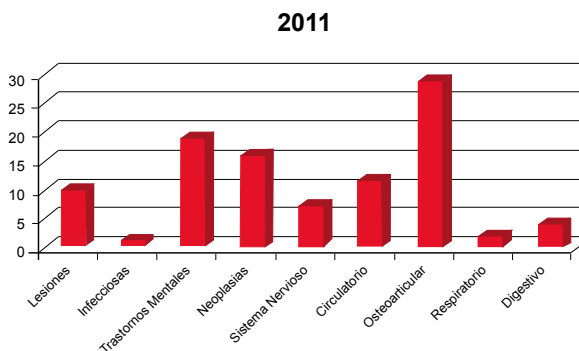
1. Los trastornos mentales son una de las patologías más prevalentes en nuestras consultas. La prevalencia media que se alcanza con dichos diagnósticos varía entre un 6-8% del total de procesos en incapacidad temporal según los meses, aumentando el porcentaje en los expedientes en prórroga de incapacidad temporal (PIT), donde las cifras oscilan entre el 17% y 20% de los mismos. En los expedientes de incapacidad permanente la prevalencia oscila entre el 15% y el 18%.
2. Si analizamos los días consumidos en incapacidad temporal en el año 2011 en los diferentes capítulos diagnósticos, los trastornos mentales ocupan el 3º lugar en el ranking, con un total de 119.325 días. Sólo son superados por Trastornos Osteomioarticulares y Lesiones, con 347.091 días y 181.306 días respectivamente.

Fig. 1. Días consumidos en IT 2011 por principales capítulos diagnósticos



3. Esta prevalencia no sólo se mantiene, sino que crece pasando al 2º lugar en los expedientes en Prórroga de Incapacidad Temporal (> 365 días en IT), aumentando además los tiempos medios en los mismos.

Fig. 2. Prevalencia PIT por capítulos diagnósticos, año 2011



4. Como es fácil deducir el coste económico en incapacidad temporal por estas patologías es de enorme trascendencia. Además esto conlleva un gran coste social por sus consecuencias en el absentismo laboral, repercutiendo directamente en las empresas, en sus costes de producción y en la sobrecarga al resto de los trabajadores de las mismas.
5. Independientemente de estos costes directos económicos, los costes administrativos que producen este tipo de expedientes son enormes, ya que estos pacientes generan múltiples períodos de incapacidad temporal, numerosas demandas de incapacidad permanente y recaídas en los diferentes períodos de incapacidad laboral.
6. Estas patologías además genera un gran número de discrepancias en los pacientes que son dados de alta, alcanzando esta cifra el 21,6% del total de discrepancias en el año 2011.
7. Son trabajadores especialmente “conflictivos” en consulta y de los más insatisfechos con el funcionamiento del sistema de prestaciones de la Seguridad Social y de los servicios sanitarios. En el año 2011, las quejas producidas por estos pacientes alcanzaron el 12% de las mismas.
8. Lo mismo ocurre con la judicialización de este tipo de expedientes (tanto expedientes en incapacidad temporal, como en incapacidad permanente), con la consecuente sobrecarga tanto a los letrados del INSS, como al resto del sistema judicial, especialmente en la jurisdicción de lo social.
9. Por todos estos motivos expuestos anteriormente, el control y seguimiento de los períodos de incapacidad temporal generados por este tipo de patología, es uno de los objetivos prioritarios de la Dirección General del INSS, encuadrándose en el epígrafe I “Objetivos del área de Incapacidad Temporal. Disminución duración media Capítulo 05 (Trastornos Mentales) y Capítulo 13 (Osteomioarticulares)”.

La valoración de este tipo de trabajadores en situación de incapacidad temporal no difería hasta comienzos del año 2012 del resto de otros pacientes en situación de baja o que demandan una valoración de incapacidad permanente. No existía contacto directo (salvo puntuales ocasiones) del inspector médico con el psiquiatra que llevaba el caso, o con el resto del Equipo de Salud Mental, ni tampoco al contrario.

Esto ha ocasionado múltiples conflictos ya que el inspector médico, consciente de esta posible “perversión” del sistema, sabiendo el terreno tan subjetivo en el que estos pacientes se mueven y las múltiples circunstancias que influyen en estos trabajadores, en muchos casos obviaba o relativizaba lo redactado por el psiquiatra, y cuando emitía el alta a estos trabajadores o redactaba un informe médico de síntesis no favorable para una posible incapacidad permanente, generaba tanto un conflicto con el paciente y con su familia, y otro posible conflicto con el psiquiatra al que previamente había solicitado el informe, ya que se consideraba poco valorado en su trabajo e ignorado en su apreciación como especialista de estas patologías, mayor conocedor del paciente y de sus circunstancias.

En el caso de judicialización de este tipo de expedientes, las discrepancias y falta de concordancia entre letrados del INSS, peritos médicos, abogados de parte y jueces, era muy relevante, con gran diversidad de criterios en las sentencias de estas demandas, dando lugar en muchos casos a sentencias muy contradictorias, incluso en el mismo paciente, aunque éstas difirieran poco en tiempo, y por supuesto ante la misma patología y grado de afectación de la misma.

Por todo ello, las opiniones con respecto al trabajo que realizaban tanto los médicos inspectores del INSS, como el trabajo realizado por los psiquiatras y resto de integrantes de los Equipos de Salud Mental, no eran precisamente muy favorables, ni para unos, ni para otros.

Así en una encuesta realizada a dichos psiquiatras, más del 40% mostraron un rechazo inicial a nuestra formación en sus equipos de salud mental, basándose en posibles interferencias en su entrevista con el paciente y temiendo un rechazo de éstos hacia

nuestra presencia. El 60% tenían conocimientos previos de las bases legales que regulan la incapacidad temporal, sobre todo con respecto a los tiempos de baja. Sin embargo en más de un 70% de los mismos desconocían o confundían nuestras funciones en el control de dichas bajas, presuponiendo que la Inspección del Servicio Público de Salud y nosotros éramos la misma entidad. En múltiples ocasiones manifestaron que consideraban nuestro trabajo burocrático, poco científico y que prevalecía en nuestro análisis un criterio economicista y poco considerado con la vivencia de enfermedad y sufrimiento de estos pacientes.

Por nuestra parte, aunque más del 53% de nosotros habíamos tenido experiencia previa con los Equipos de Salud Mental, nuestra valoración subjetiva era que los psiquiatras en la mayor parte de los casos tenían una actitud “proteccionista” de estos pacientes, y que esto se reflejaba en los informes médicos que emitían. Sin embargo, más del 90% consideramos prioritario en nuestra UMEVI un acercamiento a los Equipos de Salud Mental, y una formación conjunta con ellos.

OBJETIVOS GENERALES

1. Elaboración y desarrollo de una sistemática de trabajo entre ambas instituciones, para una mejora en la valoración clínico-laboral de los pacientes con un trastorno mental.
2. Actualización en las psicopatologías más prevalentes de nuestra provincia, su diagnóstico, tratamiento, pronóstico y valoración, en el contexto de los Equipos de Salud Mental.

CRONOGRAMA

Fase previa: febrero-junio 2011

La primera intervención que realizamos fue conocer por medio de una encuesta realizada a los médicos inspectores del INSS de nuestra UMEVI cuáles eran sus preferencias con respecto a una posible formación clínica y proyecto de colaboración médica en la provincia de Málaga. El 70% de los facultativos encuestados expresaron como prioritario el rotatorio por los Equipos de Salud Mental, frente a un 23,3% que preferían rotar por los Servicios de Traumatología y un 6,66% que NO querían ningún tipo de formación.

1.º fase: noviembre-diciembre 2011

Establecimos una serie de contactos personales y oficiales con el Jefe de Servicio de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Área I del Hospital Carlos Haya de Málaga.

2.º fase: febrero-julio 2012

Asistencia de los médicos inspectores a las consultas de los Equipos de Salud Mental incluidos en el proyecto. El horario era de 8.00 h a 15.00 h, durante una semana, para atender y valorar a los pacientes que asisten a las mismas conjuntamente con los psiquiatras. Cada facultativo extraía datos relativos a los pacientes vistos en consulta (cuando esto fue posible, ya que por motivos éticos y negativa de algunos pacientes estos datos no fueron recabados). Los datos mínimos eran: edad, sexo, situación laboral (activo, pensionista, estudiante, ama de casa), actividad laboral (si existía), si estaba en incapacidad temporal o no, si era perceptor de incapacidad permanente (tipo y causa de la misma, patología psiquiátrica o no), si percibía otras prestaciones no contributivas, patología que presentaba, pronóstico y discusión de su situación laboral/baja/incapacidad permanente con el psiquiatra correspondiente.

Además se pidió que cada inspector hiciera unas anotaciones personales tras dicha asistencia a consulta sobre cómo se había sentido, conocimientos adquiridos, rentabilidad o no de dicho rotatorio, discrepancias o no con la valoración de cada caso particular con el psiquiatra (fundamentalmente con respecto a situación de IT o IP) y otras anotaciones personales que quisiera destacar.

Una vez que todos los inspectores finalizaron dicha etapa asistencial, en el mes de Julio 2012, se realizó también una entrevista personalizada con los psiquiatras participantes del ESM Málaga Centro, en la que se recogieron sus impresiones personales (actitud de los médicos inspectores en consulta, si habían interferido o no con la entrevista psiquiátrica, si había percibido desconfianza por parte de los pacientes ante nuestra presencia...), así como si consideraban interesante dicha iniciativa y si para ellos había sido rentable dicho formación y contacto con nuestra Unidad.

3.º fase: agosto-septiembre 2012

Realizamos un análisis descriptivo, transversal. En él tratamos de describir la frecuencia y características de los problemas de salud mental en un área concreta de Málaga, analizando diferentes variables significativas para nuestro trabajo, a través del análisis de los datos obtenidos en diferentes cuestionarios, previamente diseñados.

Tras este análisis elaboramos unas conclusiones generales y otras específicas teniendo en cuenta la situación actual en el ámbito de la salud mental tanto en nuestra provincia, como en el resto de España, y los objetivos planteados al inicio de nuestro proyecto.

4.º fase: octubre 2012

Elaboración de una memoria y difusión de la misma, así como su remisión tanto a la Dirección Provincial del INSS de Málaga, como a la Dirección General y a la Subdirección Médica para su conocimiento y valoración por parte de dichas áreas.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos son los siguientes:

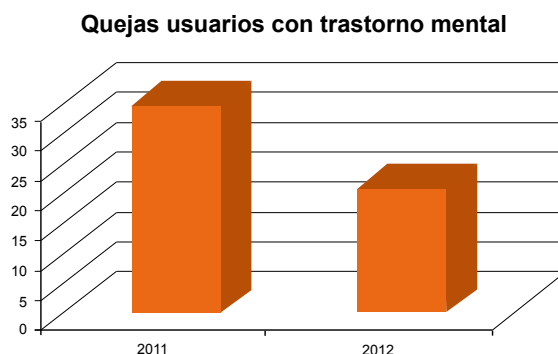
Mejora de los servicios prestados a los usuarios

Tras la puesta en marcha de nuestro proyecto ha habido una mayor satisfacción en el trato recibido por los trabajadores con enfermedad mental en nuestra UMEVI. Esto se demuestra fundamentalmente por **una disminución del número de quejas** formuladas por los mismos, relacionadas con el trato recibido por parte del inspector médico, no conformidad con el alta por inspección tras algún control nuestro, sensaciones subjetivas de no “ser escuchados”, no sentirse “comprendidos” en sus padecimientos, etc.

Hemos analizado las quejas de los usuarios correspondientes a los años 2011 y 2012, relacionadas directamente con la Unidad Médica, independientemente del lugar donde dicha queja haya sido formulada.

En el año 2011 se formularon 118 quejas en total en la Dirección Provincial de Málaga. De ellas un 36,45% (43 quejas) se interpusieron por los pacientes vistos en nuestra UMEVI, por cualquier patología. Las correspondientes a usuarios que padecían una patología mental fueron 15, es decir un 34,88%. En el año 2012 hubo una disminución en números absolutos del total de quejas por cualquier causa (85 totales), correspondiendo a la UMEVI un 33% de las mismas, con una disminución aún más significativa del porcentaje correspondiente a usuarios con trastorno mental, que solo interpusieron 6 quejas, representando el 21,42%, según se observa en la **figura 3**.

Fig. 3. Porcentaje quejas en pacientes con trastorno mental



Mejora en el funcionamiento interno de los servicios

Estas mejoras se objetivan en una disminución del número de procesos administrativos y de revisión médica que se ha producido tras la puesta en marcha de este proyecto. Así se han visto beneficiadas tanto la Unidad Médica como la Unidad Administrativa de la propia UMEVI, los CAISS y la Asesoría Jurídica, fundamentalmente.

Los procedimientos administrativos y jurídicos que se han visto minorados han sido:

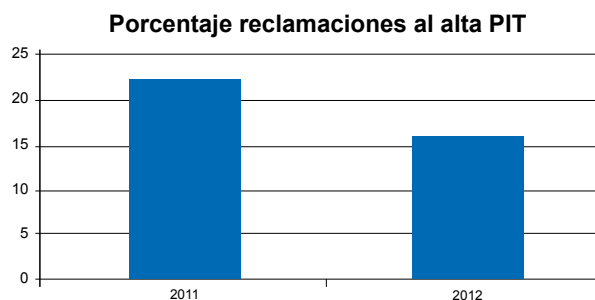
1. **Disminución del número de discrepancias al alta** en procesos en Prórroga de Incapacidad Temporal derivados de trastorno mental. En el año 2011 las discrepancias generadas por este tipo de patología supusieron un 21,6% del total, disminuyendo en el año 2012 al 18% de las mismas y manteniéndose esa tendencia en el primer trimestre del año 2013, donde ocasionaron el 16,12% de las mismas.

Fig. 4. Disminución porcentual discrepancias altas PIT en Capítulo 5



2. Menor judicialización de los expedientes de incapacidad laboral, en los que el principal diagnóstico es algún tipo de patología psiquiátrica, como se desprende de la **disminución de las reclamaciones previas a la vía judicial** en el año 2012, comparándola con el año 2011. Así, en el año 2011 se interpusieron un total de 315 reclamaciones previas derivadas de altas médicas en expedientes PIT, en total; de ellas 70 corresponden a expedientes psiquiátricos (22,22%). En cambio, durante el año 2012 el número absoluto de estas reclamaciones totales aumentó hasta 345 por cualquier patología, descendiendo porcentualmente el número de reclamaciones derivadas del Capítulo 5 al 15,94% (55 reclamaciones por este capítulo diagnóstico).

Fig. 5. Reclamaciones al alta PIT, Capítulo 5

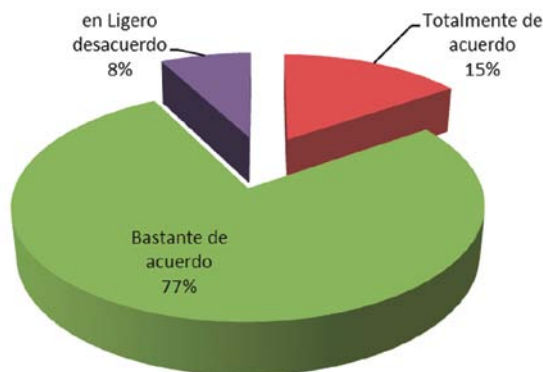


Mejora de los aspectos interrelacionales internos y externos

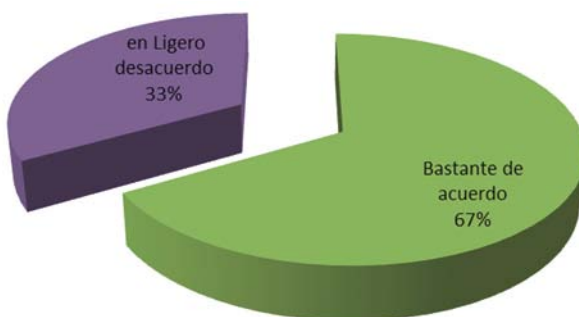
Transcurrido un año del comienzo de este proyecto, hemos querido analizar las impresiones que el mismo ha producido tanto en el colectivo de médicos inspectores del INSS de Málaga, como en el grupo de médicos psiquiatras. Para ello hemos realizado una encuesta de 9 preguntas diferentes a cada colectivo, con respuestas de autonomía semántica parcial, diseñada por una empresa externa (**Encuestasatisfacción.com**®) que ha validado las mismas y ha realizado el posterior análisis, garantizado por ello la imparcialidad de esta valoración. El universo de la encuesta ha sido de 13 psiquiatras y 23 médicos inspectores.

Para ilustrar mejor estos resultados adjuntamos algunos gráficos representativos de las respuestas de dichos médicos:

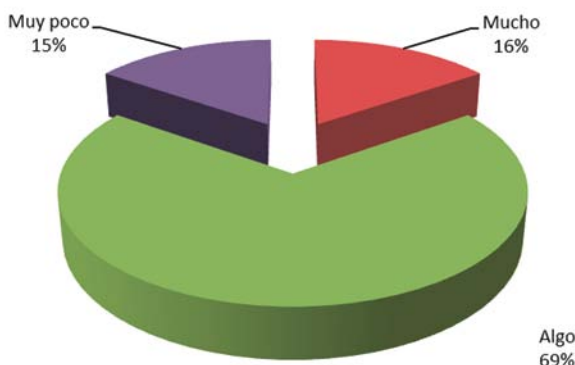
¿Cree que después de esta formación valora más positivamente el trabajo de los médicos inspectores del INSS?



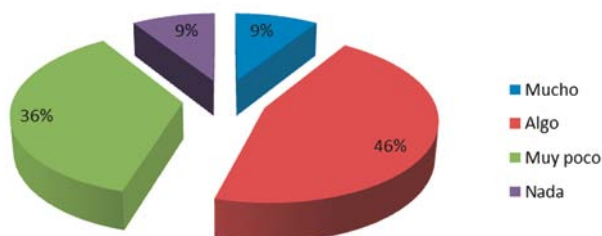
¿Después de esta formación está usted más de acuerdo en las posibles altas a estos pacientes?



¿Piensa que su criterio es tenido en cuenta por los inspectores?



Se siente respaldado por los psiquiatras a la hora de emitir un alta?



CONCLUSIONES

1. Establecimiento de un sistema de formación práctico, realizado en las consultas de los Equipos de Salud Mental, favoreciendo las posibilidades formativas y de feed-back entre ambas instituciones.
2. Instauración de un procedimiento fluido de intercomunicación entre los Equipos de Salud Mental y las Unidades Médicas del EVI para facilitar las competencias de unos y otros estamentos.
3. Mejora evidente en la evaluación clínico-laboral en los pacientes afectados de Trastornos Mentales, así como en las áreas de Asesoría Jurídica, Subdirección Provincial de Incapacidad Temporal y Subdirección Provincial de Incapacidad Permanente.
4. Favorecer una gestión eficaz de las prestaciones económicas del sistema de Seguridad Social, derivadas de patologías en Salud Mental, en línea con la misión fundamental del INSS.

NOTA IMPORTANTE

Este proyecto formativo ha recibido el primer premio de las Prácticas de Mejora en su XI edición de la Dirección General del INSS, bajo la denominación "Mejora en el Procedimiento de la Evaluación Clínico – Laboral de los Trastornos Mentales en Málaga" (Resolución de la Dirección General del INSS, 29 noviembre 2013).

Proyecto de mejora de la asistencia sanitaria (MAS). Estudio multicéntrico y multidisciplinar. Primeras conclusiones

Carolina Gerónimo Blasco, Eduardo Viver Bernadó, María del Mar Blázquez Sánchez, Joaquín Verdugo López, Manuel Mendoza López

Resumen

Definir el método de trabajo utilizado en el estudio de la Calidad Asistencial de accidentes de trabajo leves, siguiendo las fases del proceso (estudio del proceso desde su entrada en admisión, la historia clínica, la comunicación entre servicios implicados en la calidad y continuidad asistencial y la homogeneidad en las decisiones clínicas). Los diagnósticos se seleccionaron en base a su trascendencia y a su frecuencia. La evaluación es la parte fundamental del Plan de Calidad. La elección del material a evaluar se basa en tres factores, la importancia, la representatividad y la accesibilidad. En este trabajo se han definido los objetivos a lograr, determinando la situación actual, realizando un diagnóstico y definiendo los problemas a resolver y las áreas de mejora. Se han analizado las patologías leves más prevalentes debidas a accidente de trabajo. Se está trabajando en la implantación de las vías clínicas como instrumento para disminuir la variabilidad, de gestión clínica, educativa para el paciente y formadora para el profesional.

Palabras clave: *Calidad asistencial, variabilidad clínica, incapacidad temporal, determinación de contingencia, vías clínicas.*

Abstract

The aim is to define the working method used in the study of the health care quality of minor work accidents, following the phases of the process (the study of communication between the services involved in the quality and continuity of the health care and consistency in the clinical decisions). The diagnoses were selected based on their importance and frequency. The evaluation is the key part of the Quality Plan. The choice of the material to be evaluated is based on three factors: the importance, the representativeness and the accessibility. In this work we have defined the objectives to be achieved by determining the current situation, by making a diagnosis and by defining the problems to be solved and the areas to improve. We have analyzed the most prevalent minor pathologies that result from work accidents. We are working on the implementation of clinical pathways as an instrument to decrease variability, clinical management and as well as tool for the patient education and updated training for the professional personnel.

Key words: *Quality of health care, clinical variability, temporary disability, contingency determination, clinical pathways.*

El Plan Estratégico de Fremap 2011-2013 tiene como objetivo fundamental Prestar un Servicio de Calidad, basado en tres pilares fundamentales:

- En la prestación del servicio: ser una Organización Excelente. Excelencia en la prestación de asistencia sanitaria.
- En lo económico: contribuir a la eficiencia de nuestros mutualistas y a la mejora del Sistema de la Seguridad Social. Eficacia en gestión de prestaciones y control interno excelente.
- En lo social: contribuir al progreso de nuestra sociedad, mediante acción social comprometida.

La excelencia en la prestación de asistencia sanitaria pasa por mejorar la gestión de procesos asistenciales, con el fin de disminuir la variabilidad clínica aumentando, de esta manera, la calidad asistencial.

Se obtuvo una muestra al azar de 900 procesos leves (menos de 60 días de duración) de un total de 15.123 historias de pacientes con accidentes de trabajo atendidos por los servicios médicos de Fremap en toda Cataluña (24 centros asistenciales), durante el año 2012.

Se han dividido en 6 patologías que son las más frecuentes (15.123 procesos de los 22.352 totales) y las más trascendentes (127.411 días de baja sobre los 247.474 que suman el total de las asistencias). Los diagnósticos estaban comprendidos entre los siguientes: contusiones, esguinces de hombro, de rodilla, de tobillo, cervicalgia y lumbalgia. El estudio fue retrospectivo, analizando variables cualitativas.

Los grupos de estudio estaban formados por gestores que valoraban la admisión realizada, datos imprescindibles para la valoración de la patología como debida o no a la actividad laboral (fecha de entrada en la empresa, mecanismo accidental...) y dos médicos y un fisioterapeuta que evaluaban la calidad de las historias clínicas, la toma de decisiones (accidente laboral, no laboral, enfermedad profesional o común, condiciones para cursar incapacidad temporal, aplicación de protocolos, comunicación entre servicios sanitarios, duración del proceso...)

3 grupos que estudiaron 1 día a la semana, 6 semanas seguidas, a razón de 50 casos al día, resultando un total de 900 procesos analizados. Una reunión posterior definió las 6 áreas de mejora. Se recombinaron los grupos con el fin de desarrollar las 6 áreas de mejora en 6 presentaciones de máximo 20 minutos de duración. Se coordinó la forma y contenido. Una reunión posterior entre todos los integrantes del grupo de trabajo, con el análisis y las propuestas, coordinados por el Director Administrativo y supervisados siempre por el Director Médico y la Técnico en Prestaciones, validaron las conclusiones finales.

Tras el estudio y la puesta en común de los resultados se objetivan 6 fases del proceso de asistencia al trabajador que acude por accidente de trabajo leve. Estas son: la admisión (descripción de accidente, fecha de ingreso en la empresa, descripción del puesto de trabajo, lateralidad, dominancia), la historia clínica (antecedentes personales, laborales, deportivos, mecanismo lesional, criterios de causalidad, evolución, variabilidad), la determinación de contingencia (aplicación práctica de la presunción "iuris tantum", accidentes traumáticos, proporcionalidad, estudio de los accidentes no traumáticos), la Incapacidad temporal (dos condiciones: estar impedido laboralmente y precisar asistencia sanitaria, ayudas a la decisión, adaptaciones del puesto), la aplicación de protocolos (los protocolos médicos y fisioterapia como medida de calidad asistencial otorgada y percibida y su relación con la buena praxis) y la comunicación entre servicios (la organización de las sesiones clínicas, las "vías clínicas").

La comunicación entre los equipos multidisciplinares es la garantía cumplimiento del Plan Estratégico de Fremap:

- Las sesiones clínicas periódicas entre médico asistencial, traumatólogo, fisioterapeuta y enfermero asegurarán la EXCELENCIA EN LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA.

- Las sesiones técnicas con los gestores y en ocasiones con los técnicos de prevención para valorar requerimientos funcionales del puesto de trabajo y posibles adaptaciones al alta o decisiones de incapacidad permanente llevan a la EFICACIA EN GESTIÓN DE PRESTACIONES Y CONTROL INTERNO EXCELENTE.
- Y las sesiones o reuniones con Asistencia Social en el caso de condicionantes no médicos de la Incapacidad temporal nos encuadran en el objetivo de RESPONSABILIDAD SOCIAL.

Para finalizar, indicamos que en la actualidad se ESTÁ TRABAJANDO EN LA IMPLANTACIÓN DE LOS FLUJOGRAMAS (o vías clínicas) en todos los procesos de Fremap con el fin de definir y ordenar secuencialmente las actividades, como herramienta para disminuir la variabilidad, de gestión clínica, educativa para el paciente y formadora para el profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lorenzo, Susana; Mira, José Joaquín; Sánchez, Elena. "Gestión de la calidad total y medicina basada en la evidencia". Med Clín (Barc). 2000; 114: 460-3-vol 114 núm. 12.
2. Manual de Calidad Asistencial. Sescam y Sociedad de Calidad Asistencial Castilla-La Mancha. 2009.
3. Genís Carrasco y Joan Ferrer. "Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones". Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 199-2007.
4. RD 1093/2010. de 3 de Septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el sistema nacional de Salud.

Análisis retrospectivo sobre la utilidad de las herramientas de valoración funcional, en las dolencias lumbares a nivel del ámbito laboral (Regional Canarias de Fremap, Año 2012)

Alexander Vera Vicuña, Sonia M.ª Medina Macías

Resumen

Introducción

La lumbalgia o dolor lumbar (DL), constituye uno de los síndromes que provocan más consultas en el sistema sanitario, constituyendo la causa más importante de desembolso compensatorio económico, bien sea por entidades públicas como la Seguridad Social o entidades aseguradoras laborales como las mutuas.

Objetivo

Determinar la posible influencia de aplicar las herramientas de valoración funcional (Nedlumb/IBV 1.0) en el seguimiento de los procesos de baja laboral por dolor lumbar, en la disminución en el tiempo de baja por dolencias lumbares, así como el ahorro en los coste por compensación de días de baja laboral.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, determinando el número total de paciente con diagnóstico de Lumbalgia en la Regional Canarias de Fremap en el año 2012, extrapolando el tiempo promedio de duración de nuestra baja por dicha dolencia en Contingencia Profesional (CP), con respecto al grupo II del estudio realizado por Asepeyo en Sant Cugat en 2009, denominando a nuestro grupo de estudio, Grupo-II Fremap (Lumbalgias sin valoración funcional), que se comparó con el grupo I de dicho estudio (Lumbalgias con valoración funcional). Se estudio la correlación entre ambos grupo y si el resultado de la valoración funcional, tiene un valor pronóstico, sobre el período restante de baja posterior, en cuanto a disminución del tiempo de baja o al coste económico de la misma.

Resultado

Tras comparar nuestro grupo, Grupo II-Fremap, con el Grupo I, como si se hubiera realizado la valoración funcional con el Nedlumb/IBV 1.0 a los 50 días de la baja, los resultado evidenciaron una reducción total de 758.54 días de baja, que sí se correlacionaban con el ahorro del coste diario de compensación de baja (36.3€/día), se demostraba, que se podía haber conseguido un ahorro de 27.535€ en bajas por CP por patología lumbar en la Regional Canarias en el año 2012. Además, si también se hubiera aplicado a las bajas por Contingencia Común (CC), el resultado de ahorro sería mayor, como se demostró también en la investigación que sirvió de base para nuestro estudio.

Conclusión

En este estudio, se demuestra una clara reducción de los períodos de baja por Lumbalgia, sí se realizará la implantación de la valoración funcional dentro de los protocolos para dolor lumbar y para bajas de larga duración, pudiendo considerar como tal, las de duración mayor a 50 días, con lo que se podría proponer realizar dicha prueba de valoración funcional, cuando no hubiera ningún dato clínico en la exploración, que justificara indicar otra prueba complementaria. El médico debe de aprender, a utilizarla de forma adecuada, dentro de su arsenal diagnóstico / terapéutico para las diferentes patologías osteomusculares, y no únicamente con el fin de determinar a pacientes exageradores de su sintomatología.

Palabras Clave: *Valoración, Funcional, Biomecánicas, Fremap.*

Abstract

Introduction

Lumbalgia, otherwise known as lower back pain is one of the syndromes which produce a big number of consultations in the National Health Service, constitute the most important cause of economic compensatory payment, either by public entities such as the Social Security or workplace insurance entities such as Mutuas.

Objective

To determine the possible influence of applying the tools of functional assessment

(Nedlumb / IBV 1.0) in monitoring processes of work for back pain in order to decrease the treatment time for lumbar ailments, as well as lowering costs of compensation payments for days off-work.

Materials and methods

A retrospective, cross-sectional study was carried out, to determine the total number of patients diagnosed with Lower Back Pain in the Canary Islands Regional FREMAP clinic in 2012, extrapolating the average time duration of our patients who are off-sick by that ailment Contingency Professional, with respect to the group II of the study by ASEPEYO in Sant Cugat in 2009, naming our study group, Group -II FREMAP (Low back pains without functional assessment), which was compared with the group I of that study (Lumbalgia practical assessment). The correlation between the both groups and if the result of the functional assessment, has had a prognostic value, over the remaining period of lower back pain, in terms of reduced time-off or the aforementioned economic costs.

Result

After comparing our group, Group II- FREMAP, with Group I, as if it had made the functional assessment with Nedlumb / IBV 1.0 at 50 days time-off, the result showed a total reduction of 758.54 days off, which does not correlate with the daily cost savings of time-off compensation (36.3 € / day), showed that it could have achieved a saving of € 27,535 for CP in time-off for lumbar pathology in Canarias Regional in 2012. Furthermore, if the time-off would also have been applied as a common diseases, the savings would have increased, as was also demonstrated in the research that formed the basis for our study.

Conclusion

In this study, we demonstrate a clear reduction of periods of time-off because of lower back-pain, it will perform the implementation of functional assessment within the protocols for lumbar pain and a long term off-work, which is considered to be greater than 50 days and in what could propose to make such functional assessment test, when there was no clinical data during the exploration, which would have justified implementations of additional test. The doctor must learn to use it in an adequate way within its diagnostic and therapeutic arsenal for a range of musculoskeletal diseases, and not only in order to find out patients who are exaggerating their symptoms.

Keywords: *assessment, functional, Biomechanical, Fremap.*

INTRODUCCIÓN

La lumbalgia o dolor lumbar (DL), constituye uno de los síndromes que provocan más consultas en el sistema sanitario, sin que esté bien valorado en España, el impacto económico que supone la inactividad que provocan (1-2). En la mayoría de los casos, desaparece en pocos días o semanas, aunque existe un grupo de pacientes en los que se cronifica.

Cada día está más claro, que entre el 60% y 90% de las personas de los países industrializados, sufren en algún momento de su vida y de forma ocasional DL, aunque la incapacidad producida por esta entidad nosológica es menor (1-3-4) y los estudios epidemiológicos, han demostrado el enorme impacto social del DL en todo el mundo (1-5-6).

Son numerosas las afecciones que puede dar lugar a una lumbalgia. Esta puede deberse a causas mecánicas, inflamatorias, tumorales e infecciosas, metabólicas y viscerales, pero se calcula que en la mayoría de los pacientes, aproximadamente en el 80-85%, no puede establecerse un diagnóstico causal específico, debido a la ausencia de correlación entre los síntomas y las pruebas diagnósticas por imagen o laboratorio (1).

Nedlumb/IBV (7-8-9) es un sistema, que permite determinar, de forma objetiva, el estado funcional de personas con dolor lumbar.

Su empleo, como herramienta complementaria de ayuda al diagnóstico, posibilita la reducción de los plazos de reincorporación al trabajo, en aquellos casos en que se verifica una recuperación de la dolencia o una magnificación de la sintomatología.

Existe un estudio publicado (7), sobre el funcionamiento del servicio de valoración funcional de Asepeyo en Sant Cugat (utilizando el Sistema Nedlumb/IBV I.0), basado en la repercusión en la gestión de la Incapacidad Temporal (IT) por dolor lumbar. Describen un estudio retrospectivo, con el que pretenden determinar, la influencia de Nedlumb/IBV I.0, en el seguimiento de los procesos de baja por dolor lumbar, a través del estudio comparativo de dos grupos.

El Grupo I estaba formado, por los casos de lumbalgia a los cuales se les realizó la valoración funcional con el Nedlumb/IBV I.0 durante el 2005. En el Grupo II, recogieron las bajas por lumbalgias del 2004, a las que, por tanto, no se les había realizado la valoración funcional (7).

Se comparó ambos Grupos, con la intención de analizar, si la realización de la prueba funcional en el G-I y su resultado, influía en el período de baja posterior, estimando además el ahorro económico obtenido, cuando se conseguía reducir el tiempo de baja, tras la instalación del Laboratorio de Valoración Funcional en 2005 (7).

Analizaron si la realización de la prueba de valoración funcional influía en la evolución de las IT. Para ello compararon, la evolución de las bajas de larga duración en el Grupo I frente al Grupo II, con el fin de determinar si la valoración funcional contribuía a mejorar la gestión de la baja laboral. Se estimó el ahorro en coste por compensación de IT, cuando conseguían la reducción del período de baja tras la valoración funcional, y el que se hubiera conseguido de haber existido un protocolo que indicase cuándo realizar la valoración funcional en 2004 (Grupo II) a los 50 días. De esta forma, asumiendo la misma distribución de resultados de Nedlumb/IBV 1.0 que en 2005 (Grupo I) y una reducción de la duración de la baja en función del resultado, demostraron que se podría haber obtenido un ahorro total de hasta 22.615€ en el G-II.

Con estos resultados, podían concluir, que el período de baja medio se reduce tras la valoración funcional ($p < 0,001$) en contingencias profesionales (CP) y contingencias comunes (CC), reducción que supone un considerable ahorro en los costes por compensación de días de baja laboral.

OBJETIVO

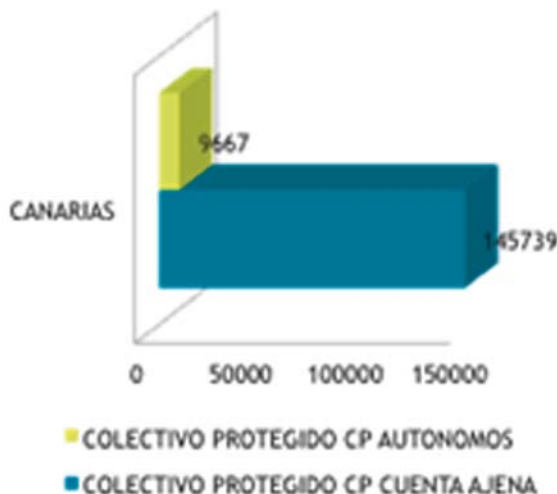
Tomando como referencia el estudio descrito, el Objetivo del presente estudio es determinar, a partir del número de paciente con diagnóstico de Lumbalgia en el 2012 en la Regional Canarias y el promedio de duración de las bajas por este diagnóstico sólo en la Contingencia Profesional (CP), extrapolando dichos datos a como si constituyéramos el Grupo II de la investigación descrita, comparando nuestro grupo de pacientes, al que llamaremos G-II Fremap, con el G-I de dicho estudio, sí en nuestro grupo de estudio, se conseguiría también una disminución en el tiempo de baja, calculando a su vez, el posible ahorro en los coste por compensación de días de bajas laboral que se hubieran obtenido en el 2012 en la Regional Canarias, con el objetivo de poder determinar, la posible influencia que hubiera tenido el aplicar las herramientas de valoración funcional (Nedlumb/IBV 1.0), en el seguimiento de los procesos de baja laboral por dolor lumbar en la Regional Canarias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, determinando el número total de paciente sólo en contingencia profesional (CP) con diagnóstico de Lumbalgia en la Regional Canarias de Fremap, obteniendo los datos de todas las UPS de la regional (12 centros asistenciales), en el año 2012, para extrapolar luego el tiempo promedio de duración de baja en CP, con respecto al grupo II de estudio valorado en Asepeyo en Sant Cugat, denominando a nuestro grupo de estudio, Grupo-II Fremap.

A través de los datos informáticos de la entidad (Cuadro de Mano y Portal Siglo), se obtuvo el colectivo total protegido en CP, tanto por cuenta ajena como por cuenta propia, en Canarias en el 2012 (figura 1), observando que el colectivo con mayor número de afiliados, era el colectivo de Contingencia Profesional (CP) por cuenta Ajena, con 145.739 afiliados.

Figura 1. Colectivo Protegido CP Regional Canarias. Año 2012



Se calculó el porcentaje de pacientes atendidos por Lumbalgia en CP durante el 2012 en Canarias, con respecto al total del colectivo protegido por CP que era de 155.406 afiliados durante ese año. Del total de asistencias, el 64% fueron accidente de trabajo (gráfica 2).

Para recopilar los procesos de Lumbalgias registrados en el año 2012 como AT, en cuenta ajena y propia, se tomaron todos los diferentes diagnóstico referentes a patología lumbar encontrados en el CIE-9 (sistema de clasificación utilizado en la entidad), pues se

observo al realizar la revisión de las historias clínicas, que el diagnóstico en algunas ocasiones no se correlacionaba exactamente, con lo expresado en la evolución, tras haber tomado en un primer momento las historias al azar, por lo que se decidió ampliar la búsqueda a todos los diagnóstico referentes a alteraciones lumbares existentes en la clasificación del CIE-9: 724.2 lumbago y ciática, 724.3 ciática, y 847.2 Esguince/Torcedura lumbar.

Figura 2. Porcentajes de Asistencia en la Regional Canarias Año 2012



Tras recopilar, el número total de procesos Lumbares por las UPS de la Regional Canarias durante el año 2012 y extrapolarlo al colectivo protegido de AT (figura 3), se observo que el 23% del colectivo protegido total de dicha regional, presentó un accidente de trabajo, de los cuáles un 4% se correspondían con un proceso de lumbalgia, el cual a su vez, se corresponde con el segundo diagnóstico de mayor prevalencia en la Regional Canarias.

Figura 3. AT por Lumbalgias sobre Colectivo Protegido en la Regional Canaria Año 2012



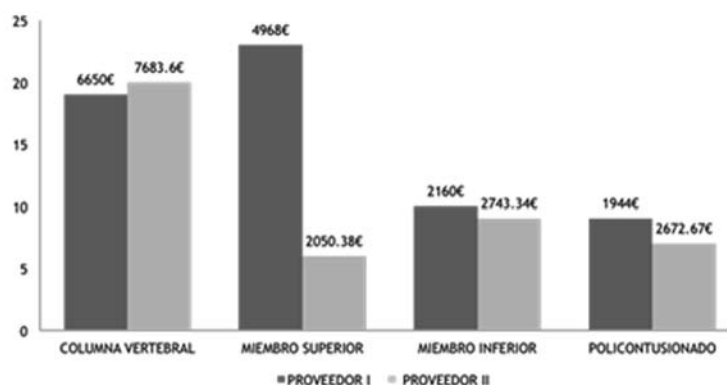
También se valoraron las pruebas Biomecánicas solicitadas durante el 2012 en nuestros dos únicos proveedores (Proveedor I y II) en todas las UPS de la Regional Canarias, encontrando que se solicitaron un total de 103 pruebas, lo que supuso un total de gastos centralizados de 30.871,99€ (tabla 1 y figura 4), de las cuales sólo 10 pruebas fueron para estudio de patología lumbar.

PRUEBAS BIOMECÁNICAS REALIZADAS A NIVEL CANARIAS SEGÚN PROVEEDOR Y TARIFA DE SERVICIO DURANTE EL 2012

Tabla 1. Pruebas Biomecánica Regional Canarias Año 2012

SEGMENTO ANATÓMICO	PARTE A EXPLORAR	PROVEEDOR I	PRECIO DEL ESTUDIO	TOTAL	PROVEEDOR II	PRECIO DEL ESTUDIO	TOTAL
COLUMNA VERTEBRAL	CERVICAL	11	350€	3850€	15	384.97€	5774.55€
	DORSAL	3	350€	1050€	0	350.17€	0€
	LUMBAR	5	350€	1750€	5	381.81€	1909.05€
MIEMBRO SUPERIOR	HOMBRO	13	216€	2808€	4	341.73€	1366.92€
	CODO	5	216€	1080€	0	341.73€	0€
	MUÑECA	4	216€	864€	2	341.73€	683.46€
	MANO	1	216€	216€	0	230.98€	0€
MIEMBRO INFERIOR	CADERA	1	216€	216€	1	310.09€	310.09€
	RODILLA	7	216€	1512€	5	341.73€	1708.65€
	TOBILLO	2	216€	432€	2	310.09€	620.18€
	PIE	0	216€	0€	1	104.42€	104.42€
POLICONTUSIONADO		9	216€	1944€	7	381.81€	2672.67€
TOTAL		61		15722€	42		15149.99€

Figura 4. Pruebas Biomecánica Regional Canarias Año 2012



RESULTADOS

El grupo de pacientes con diagnóstico y baja por lumbalgia (clasificado por la CIE-9) por contingencia profesional (CP) registrados en todas las UPS de la Regional Canarias en el año 2012, era de 606 pacientes, de los que se restaron los 10 pacientes a los que se les habían realizado una prueba biomecánica, para así tener un grupo homogéneo, en que todos los que lo constituyen no presentaran valoración funcional previa, quedando así constituido el Grupo II-Fremap por un total de 596. Decir por otro lado, que se observó, que la duración de las bajas de los pacientes en los que se realizó una prueba biomecánica, no afectaba a las bajas de larga duración, pues no tuvieron bajas \geq a 50 días.

Una vez registradas todas las baja por dolor lumbar superiores a un día, se obtuvo que la duración media máxima de una baja por patología lumbar fue de 507 días y, en general, las bajas por lumbalgia tuvieron de media, una duración de 55.23 días (tablas 2 y 3).

TIEMPO PROMEDIO DE DURACIÓN DE BAJA POR LUMBALGIAS EN LA REGIONAL CANARIAS, AÑO 2012

Tabla 2. Bajas por Lumbalgia Regional Canarias Año 2012

UPS	DIAGNOSTICO CIE-9	Números de Procesos	Duración Media de La Baja por Lumbalgia
LAS PALMAS	724.2	38 - 1 = 37	33.05
	724.3	1	507.00
	847.2	62 - 1 = 61	20.47
LANZAROTE	724.2	15 - 2 = 13	43.47
	847.2	24	78.71
MASPALOMAS	724.2	6	75.67
	724.3	2	126.00
	847.2	11	4.00
FUERTEVENTURA	724.2	13	16.31
	724.3	1	21.00
	847.2	46 - 1 = 45	14.35
TELDE	724.2	38 - 1 = 37	36.53
	724.3	2	88.00
	847.2	40 - 2 = 38	17.92
VECINDARIO	724.2	31	16.13
	724.3	3	180.33
	847.2	41	8.59
TENERIFE	724.2	18	52.83
	724.3	1	14.00
	847.2	9	10.56
TENERIFE SUR	724.2	55	42.27
	724.3	2 - 1 = 1	13.00
	847.2	12	18.00
TENERIFE NORTE	724.2	17	20.47
	724.3	4	19.75
	847.2	36	8.92
LA LAGUNA	724.2	39	34.44
	724.3	0	0
	847.2	39 - 1 = 38	50.00

Tras comparar nuestro grupo, Grupo II-Fremap, con el Grupo I, como si se hubiera realizado la valoración funcional con el Nedlumb/IBV 1.0 a los 50 días de la baja, extrapolando los resultado estadísticos obtenidos de la base de datos de Fremap, se evidenciaba una reducción total de 758.54 días de baja, que sí se correlacionaban con el ahorro del coste diario de compensación de baja (36.3€/día), se demostraba, que se podía haber conseguido un ahorro de 27.535€ en bajas por CP por patología lumbar, en la Regional Canarias en el año 2012 (Tabla 3).

Además se observo, que si se hubiera realizado el estudio también para las bajas por Contingencia Común (CC), el resultado de ahorro sería mayor, como se demostró también en la investigación que sirvió de base para nuestro estudio, en donde fue de 236.261€.

TIEMPO PROMEDIO DE DURACIÓN DE BAJA EN LAS LUMBALGIAS Y POSIBLE AHORRO ECONÓMICO EN LA REGIONAL CANARIAS EN EL AÑO 2012

Tabla 3. Resultado, Grupo II-Fremap

GRUPOS	REDUCCIÓN TOTAL IT EN CP	NUMEROS DE PROCESOS	AHORRO CP 36,3 €/Día
Grupo II-Fremap	758 días	596	27.515€
Grupo II CP	623 días	1.329	22.615€

Los datos obtenidos en nuestro estudio, indican de igual forma, que el resultado de la valoración funcional, tiene un valor pronóstico, sobre el período restante de baja posterior a la realización de dicha prueba. La comparación realizada de nuestro Grupo II-Fremap con el G-I del estudio de referencia, era posible porque el Grupo II de dicho estudio, tenía las mismas características que el G II-Fremap, diferenciándose solo en tener un mayor número de procesos (1.329), pero en ambos se incluían, los pacientes a los que no se les había realizado una valoración funcional previa, evidenciándose resultados similares, tanto en disminución del tiempo de baja, como en costes económicos (cuadro 6).

DISCUSIÓN

La dimensión del dolor lumbar es importante y tiene una triple vertiente (10), médica, económica, la cuál ha sido evaluada por algunos autores (11-12), indicando que parece existir una relación entre la presencia de un seguro compensatorio y una prolongación en el tiempo de vuelta al trabajo, y finalmente política (13).

La lumbalgia es la causa más importante de desembolso compensatorio económico, bien sea por entidades públicas como la Seguridad Social o entidades aseguradoras laborales como las mutuas. En los distintos países, se cifran los gastos generados por esta incapacidad laboral, entre el 19 y 25% de los gastos totales de la misma (14-15), llegando incluso algún autor (16) a considerar, que la lumbalgia representa entre el 70 y el 90% del gasto total del reembolso de los seguros.

A pesar de lo impresionante de este dato, el principal problema social, sanitario y económico, deriva de una proporción muy pequeña de estas dolencias, que se prolongan en el tiempo y se convierten finalmente en crónicas. En el estudio realizado, sobre una muestra de 596 pacientes con lumbalgia por CP, el 16 % de los casos (bajas superiores a 50 días) suman el 90% de los días de IT, porcentajes que estarían en la línea de otros estudios, que llegan a afirmar, que las lumbalgias crónicas son responsables de hasta el 80 % o más del coste total generado (17-18).

También en el presente estudio se observa, que algunas dolencias lumbares suelen extenderse en el tiempo, muchas veces por la subjetividad del componente álgido, el cual no podemos medir, lo que conlleva a gastos innecesario, al empezar a realizar pruebas complementarias en busca de una explicación a dicho dolor lumbar, pruebas complementarias que algunas veces no consiguen dar respuesta a dichas dolencias, sino tan sólo a generar más gasto económico y alargamiento del tiempo de baja.

Existen numerosas escalas de valoración, que tienen un importante componente subjetivo, que sin embargo son pocas veces utilizadas en nuestro medio, porque con ellas, a la hora de defender un alta médica, no se encuentran bases científicas, que permita compararlas con otros estudios complementarios más avanzados.

Las pruebas de valoración funcional, sirven no solo para pacientes simuladores o exageradores de síntomas, sino también ayudan a conocer la capacidad funcional de enfermedades del sistema músculo esquelético, para la valoración funcional del daño corporal, para los peritajes médico-legales, la planificación de tratamientos, el control de la evolución o progreso del paciente, la valoración de las posibilidades de rehabilitación, ayuda en la toma de decisión sobre continuar, modificar o finalizar un tratamiento, sobre determinar y medir una discapacidad residual tras el proceso de la rehabilitación, y aporta documentación objetiva sobre las lesiones.

Con todo esto, parece claro que ayudarían a disminuir los tiempos de bajas, alargados por simulación de sintomatología o también por tratamientos no eficaces, logrando en este último caso, el poder determinarlo a tiempo para hacer el cambio del mismo, así como permite hacer una mejor evaluación de las secuelas, con lo que poder reducir o ajustar al máximo la posible indemnizaciones económicas en IP. Por otra parte, cuando los pacientes todavía no se han recuperado totalmente de la dolencia, pueden ser

reorientados a diferentes tratamientos o, incluso, es posible detectar la posible cronicidad con mayor antelación y cursar una propuesta de incapacidad laboral permanente. En cualquiera de los casos, el resultado sería una reducción de los períodos de baja (7).

La protocolización de la prueba funcional, evitaría limitar su prescripción a las bajas de muy larga duración, y podría ayudar al clínico en la toma de decisiones, que mejorasen la gestión global de las IT. En el presente estudio, queda demostrado, la estimación del posible ahorro en costes, al incluir la valoración funcional como una prueba habitual en el protocolo de seguimiento y tratamiento de pacientes con dolor lumbar.

En los cálculos realizados, sólo se consideró el ahorro debido a costes directos por compensación de días de baja por IT, si bien el impacto real en el sistema sanitario y económico es mucho mayor, al incluir otros costes derivados, por ejemplo, de las consultas médicas, el consumo de medicamentos, la realización de pruebas complementarias innecesarias o la pérdida de producción de las empresas (7).

CONCLUSIÓN

1. En este estudio, se demuestra una clara reducción de los períodos de baja por Lumbalgia, si se realizará la implantación de la valoración funcional dentro de los protocolos para dolor lumbar y para bajas de larga duración, pudiendo considerar como tal en principio, las de duración mayor a 50 días, y proponer realizar dicha prueba de valoración funcional en dichos casos, cuando no hubiera ningún dato clínico en la exploración, que justificara indicar otra prueba complementaria.
2. El médico debería considerar la Valoración Funcional, como una prueba complementaria más dentro de su arsenal diagnóstico y terapéutico, debiendo aprender a utilizarla como una guía para el profesional médico, que le ayudaría a objetivar el estado funcional del paciente en su evolución y tras el tratamiento. Debe aprender a utilizarla, no como se viene haciendo hasta ahora, que es con el único objetivo de determinar pacientes simuladores y exageradores en patologías osteomusculares, como quedó demostrado en nuestro estudio, en donde de una muestra de 606 pacientes con lumbalgias, se realizaron sólo 10 pruebas de valoración funcional, y sólo con el fin anteriormente indicado.
3. Una gestión más eficiente de las bajas por dolor lumbar supondría, además de un mayor servicio al paciente, un ahorro económico muy importante para el sistema sanitario (7).
4. Cabe destacar, el ahorro económico en las dolencias a nivel lumbar, observado en el presente estudio, que se conseguiría con la valoración funcional, la cual hemos de tener presente además que tiene un amplio abanico de posibilidades en el estudio de toda la biomecánica articular. Por tanto, si se aprendiera a utilizar las Pruebas Biomecánicas como una herramienta más, dentro de las diferentes pruebas complementarias que el médico tiene a su disposición para el diagnóstico y tratamiento, incluyéndola incluso dentro de los diferentes protocolos, no solo observaríamos ahorro económico en las patologías lumbares, sino en un gama importante de patologías osteomusculares, las cuales se corresponden, con los diagnósticos principales, de los pacientes que tratamos en nuestro ámbito de accidentes de trabajo.
5. Además, sí a nivel de la Regional Canarias, existiese un acuerdo de prestación de servicios por parte de las mutuas en ITCC en conjunto con la Seguridad Social, y se aplicase la valoración funcional, observaríamos un ahorro económico mucho más amplio, ya que en la ITCC, el tiempo de baja suele ser más largo, lo cual sería otro buen indicativo para la implantación de las Pruebas Biomecánicas en los protocolos por dolor lumbar en las mutuas laborales.

6. La inclusión de la valoración funcional dentro de un protocolo de gestión de baja por dolor lumbar, permitiría la realización futura, de un estudio prospectivo, con el fin de confirmar, las estimaciones de ahorro económicos calculadas en el presente estudio y en los que hacemos referencia (7).

BIBLIOGRAFÍA

1. González Viejo M.A, Condón Huerta M. J. Coste de la compensación por incapacidad temporal por dolor lumbar en España. *Rehabilitación* (Madr) 2001;35(1):28-34.
2. González Viejo M.A. Epidemiología. Dimensión socioeconómica. En: Miranda JL, Flórez MT, eds. Dolor lumbar. Clínica y Rehabilitación. Madrid: Biblioteca Aula Médica 1996. p. 1-17.
3. Hadler N.M. The disabling backache. An international perspective. *Spine* 1995;20:640-9.
4. Deyo R.A., Tsui-Wu Y.J. Descriptive epidemiology of low back pain and its related medical care in the United States. *Spine* 1987; 12:264-8.
5. Snook S.H., Webster B.S. The cost of disability. *Clin Orthop* 1987; 221:77-84.
6. Catchlove R., Cohen K. Effects of a directive return to work approach in the treatment of workman's compensation patient with chronic pain. *Pain* 1982;14:181-91.
7. López-Pascual J., Peydro-De-Moya M.F., Garrido-Jaén J.D., Bausá-Peris R., Villadeamigo-Panchón M.J. Análisis del uso de herramientas de valoración funcional de las dolencias lumbares en el ámbito laboral. *Rehabilitación* (Madrid). 2009;43(1):16-23.
8. Cortés Fabregat A., Peydro de Moya M.F., Garrido Jaén D., Vivas M.J., Comín Clavijo M., Such Pérez M.J., et al. Evaluación Biomecánica de Lumbalgias. En: Libro de Ponencias: XXXII Simposium Internacional de Traumatología y Ortopedia FREMAP: Ed. Fundación MAPFRE Medicina. 2005; 123-32.
9. Vivas Broseta M.J., López Pascual J., Garrido Jaén D. Valoración Funcional de la Lumbalgia con Nedlumb/IBV 2.0. Validación del sistema mediante el Test de Oswestry y presentación de casos. En: 45 Congreso SERMEF. Rehabilitación (Madr.). 2007; 41 Extra 1. p. 95-6.
10. Sanders R.A., Meyers J.L. The relationship of disability to compensation status in railroad workers. *Spine* 1986; 11:141-3.
11. Krusen E.M., Ford D.E. Compensation factor in low back injuries. *JAMA* 1958;166:1128-33.
12. Derebery V.J., Tullis W.M. Delayed recovery in the patient with a work compensable injury. *J Occup Med* 1983;25:829-35.
13. NACHEMSON A. Chronic pain- the end of the welfare state? *Qual Life Res* 1994;3:S11-S17.
14. Leavitt F, Garron D.C., Mc Neil T.W. Organic status, psychological disturbance and pain report: characteristics in low back pain patients on compensation. *Spine* 1982; 7:389-402.
15. Grazier K.L., Holbrook F.L., Kelsey J.L., Stauffer R.N., eds. En: the frequency of occurrence, impact and cost of musculoskeletal conditions in the United States. American Academy of Orthopaedics Surgeons. Chicago; 1984.
16. Cast-Baril W.L., Frymoyer J.W. The economics of spinal disorders. En: Frymoyer JW, ed. *The Adult Spine. Principles and Practice*. New York: Raven Press 1991. p. 85- 106.
17. Hashemi L., Webster B.S., Clancy E.A., Volinn E. Length of disability and cost of workers' compensation low back pain claims. *J Occup Environ Med*. 1997; 39(10):937-45.
18. Watson P.J., Main C.J., Waddell G., Gales T.F. and Purcell-Jones G. Medically certified work loss, recurrence and costs of wage compensation for back pain: a follow-up study of the working population of Jersey. *Br J Rheumatol*. 1998; 37: 82-6.

Estudio de concordancia entre la Mutua ASEPEYO y el INSS sobre las propuestas y resoluciones de secuelas y capacidad laboral por contingencia profesional

Javier Enrique Aragón Cutillas

Perito Médico de Madrid

Correspondencia

c/ Eloy Gonzalo 23. Madrid

Tfno.: 915923600. Ext. 683

Fax: 915923690

jaragoncutillas@asepeyo.es

INTRODUCCIÓN

Como consecuencia de haber sufrido un accidente de trabajo o enfermedad profesional, el trabajador, al finalizar los tratamientos puede curar sin secuelas o con algún tipo de limitación orgánica o funcional que repercute en el desarrollo de su profesión. En este caso la Mutua propone una valoración de secuelas y capacidad laboral residual al INSS mediante la emisión del informe propuesta clínico laboral.

Las causas de presentación del informe propuesta son:

Secuelas estables por agotamiento de posibilidades terapéuticas.

Secuelas no estables con solicitud expresa de demora de calificación y prórroga de tratamiento.

Secuelas no estabilizadas por haber rechazado del paciente los tratamientos ofrecidos.

Palabras clave: *Abstracta: Valoración de secuelas; informe propuesta clínico laboral; incapacidad permanente; lesiones permanentes no invalidantes; índices de litigiosidad; juzgados de lo social.*

Key words: *Rating sequelae; report clinical work proposed, permanent disability, permanent non-disabling injury, litigation rates; social courts.*

OBJETO

Determinar el grado de concordancia o discrepancia entre las propuestas de la Mutua y las resoluciones del INSS sobre secuelas derivadas de contingencia profesional (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales).

Determinar el grado de litigiosidad de los trabajadores ante las resoluciones del INSS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha estudiado la casuística de los años 2009, 2010 y 2011. El grupo de población estudiada es el área sureste de Madrid, que engloba los centros asistenciales de Coslada, Arganda del Rey, Torrejón de Ardoz y Alcalá de Henares.

La sistemática es el estudio del número de casos de los diversos grados de secuelas propuestas y las resoluciones, con un añadido sobre reclamaciones previas al INSS y posteriores ante los Juzgados de lo social de Madrid.

Se establece como parámetro añadido el número de trabajadores protegidos por Sector y el total del área.

Consideramos discrepancia negativa cuando la resolución contempla un grado de incapacidad superior a la propuesta. Los casos en que el grado reconocido es inferior al propuesto es discrepancia positiva, y no se valora a efectos estadísticos.

Año 2009: El número de trabajadores protegidos era 66.331 y se presentaron 123 IPCL (0,18%). De los 123 casos propuestos 10 eran sin secuelas, 75 LPNI, 16 IPP, 21 IPT y 1 IPA

Año 2010: El número de trabajadores protegidos era 62.667 y se presentaron 104 IPCL. De los 104 casos propuestos 15 eran sin secuelas, 70 LPNI, 10 IPP, 7 IPT y 2 IPA.

Año 2011: El número de los trabajadores protegidos era 59.936 y se presentaron 80 IPCL. De los 80 casos propuestos 5 eran sin secuelas, 44 LPNI, 17 IPP y 14 IPT.

No se han presentado casos de gran invalidez.

RESULTADOS

Los resultados del estudio objetivan varios hallazgos:

Año 2009:

De 10 casos propuestos sin secuelas se han valorado 2 LPNI.

De 75 casos de LPNI, 9 (4+5) se han valorado como IPP e IPT.

De 16 casos de IPP, se han valorado 8 como IPT.

De 21 casos de IPT 1 se ha aumentado a IPA.

El porcentaje global de discrepancia ha sido del 16,26%.

Litigiosidad: 41 reclamaciones previas al INSS (33%) y 22 demandas judiciales (17,88%).

Año 2010:

De 70 casos de LPNI, se han incrementado el grado en 5 (1+4) en IPP e IPT.

De 10 casos de IPP, 3 se han aumentado a IPT.

El porcentaje global de discrepancia ha sido del 7,69%.

Litigiosidad: 46 reclamaciones previas al INSS (44%) y 25 demandas judiciales (23,80%).

Año 2011:

De 17 casos propuestos de IPP, 3 han aumentado su grado a IPT.

El porcentaje global de discrepancia ha sido del 3,75%.

Litigiosidad: 30 reclamaciones previas al INSS (38%) y 18 demandas judiciales (22,5%).

El cómputo global del trienio 2009-2011:

Objetiva una discrepancia promedio del 10,09%, siendo la tendencia una progresión descendente.

La Litigiosidad global ha sido: 117 reclamaciones previas al INSS (37,98%) y 65 demandas judiciales (21,10%).

Se objetiva una disminución progresiva del número de trabajadores protegidos, debido a la crisis económica en la que estamos inmersos.

CONCLUSIONES

Consecuente con los resultados, parece deducirse que una mayor especialización y dedicación a la elaboración de los IPCL's redundan en una mejor comprensión y concordancia entre las propuestas de la Mutua y las resoluciones del INSS.

Con objeto de colaborar con el médico evaluador del INSS, el informe propuesta debe contener el resumen de la historia clínica, las pruebas clínicas complementarias imprescindibles, material iconográfico y fotografías y en lo posible el informe de trabajos habituales de la profesión del paciente. Especial relevancia adquieren por su objetividad los informes de biomecánica elaborados en las Unidades de valoración funcional.

El informe propuesta debe ser breve, veraz, completo, documentado, concreto y conciso.

Estudio de los expedientes de determinación de contingencia en una dirección provincial del I.N.S.S.

María Begoña Rodríguez Gallego, Mónica Alicia Rodríguez Gallego, Ana Belén González Ruiz, Francisca Aurora Toscano Niebla, Santiago Cabuchola Moreno

*Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades (UMEVII).
Dirección Provincial del INSS de Málaga.*

Resumen

Se realiza un estudio descriptivo de 248 expedientes de determinación de contingencia realizados en la Dirección Provincial del INSS entre diciembre de 2012 y septiembre de 2013. De dichos expedientes se recogieron nueve variables transformando las no numéricas en valores numéricos: edad, sexo, entidad gestora responsable del pago de la prestación, causa alegada como causante de la baja laboral, contingencia final, tipo de empresa, régimen de seguridad social del trabajador, profesión y concordancia entre propuesta del Médico Evaluador y la resolución final. Encontramos que los sobreesfuerzos/sobrecarga en el trabajo son la principal causa alegada como motivo de baja laboral (43,5%); la mayoría (90,3%) de los expedientes tienen como entidad gestora responsable del pago a una Mutua; algo más de la mitad de los expedientes (57,7%) terminan siendo considerados de contingencia común; y la discrepancia entre la conclusión del Inspector Médico en el informe médico y la decisión del Equipo de Valoración de Incapacidades es excepcional ocurriendo en sólo un 1,61% de los expedientes.

Palabras claves: *determinación de contingencia, baja laboral, enfermedad común, accidente de trabajo, enfermedad profesional.*

Abstract

A descriptive study of 248 cases of contingency determination, made in the Provincial Directorate of INSS between December 2012 and September 2013, was performed. We studied nine variables in these expedients: age, sex, responsible entity of the benefit payment, alleged cause of sick leave, final contingency, public/private company, type of social security of the worker, profession, and concordance between Medical Evaluator proposal and the final resolution. Our conclusions were: the exertions at work were the main cause alleged as the reason for sick leave (43.5%); Mutual was liable to pay in most records (90.3%); over half of the cases (57.7%) were considered as non occupational contingency; and the discrepancy between the conclusion of the Medical Inspector in the medical report and the decision of the Disability Assessment Team was exceptional, only in 1.61% of records.

Key words: *contingency determination, sick leave, common disease, occupational accident, occupational disease.*

INTRODUCCIÓN

Según la legislación vigente en España, es el INSS el organismo competente para determinar la contingencia de un proceso de incapacidad laboral tanto temporal (I.T.) como permanente (I.P.). Anualmente se tramitan al año en la Dirección Provincial de Málaga unos 330 expedientes de determinación de contingencia. Se revisó el procedimiento que se seguía en la toma de esta decisión, con la idea de conseguir una mejora en el mismo. El principal factor a cambiar en este trámite fue la inexistencia de un Informe Médico elaborado por los Inspectores Médicos de la UMEVI, puesto que estos expedientes eran valorados directamente en el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI). A partir del 1 de diciembre de 2012 cada caso es estudiado previamente por un Médico Evaluador de la Unidad Médica quien realiza un Informe Médico de Valoración en el que debe constar, además de los datos de identificación del paciente/ trabajador y del inspector médico, la evolución clínica en la que quede clara la cronopatología de los hechos, el código según la CIE 9-MC del diagnóstico que motiva al I.T. o I.P., fecha del inicio y final de la incapacidad laboral y las conclusiones. Este informe supone un nuevo cometido para el Inspector Médico de la UMEVI y lleva unida una no despreciable carga de trabajo. El presente estudio tiene como objetivo recoger y describir las características de los expedientes para evaluar el comportamiento de dicho trámite tras este significativo cambio.

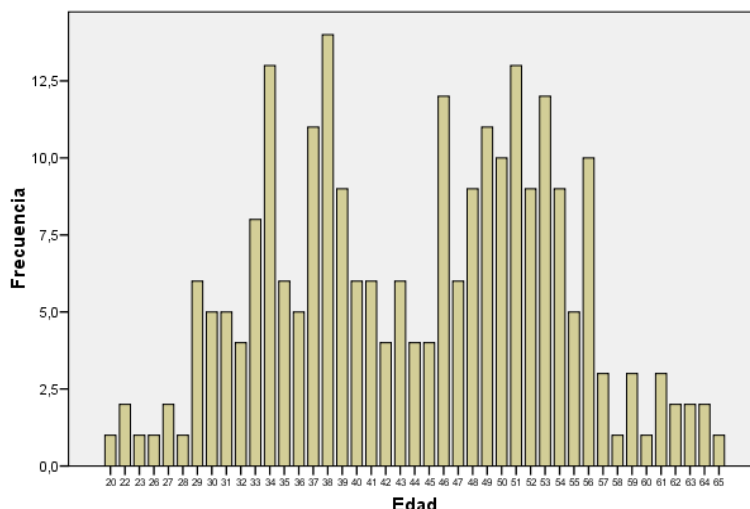
MATERIAL Y MÉTODO

Se abrieron, entre el 1-12-2012 y el 19-9-2013, un total de 286 expedientes de determinación de contingencia en nuestra Dirección Provincial. De ellos sólo 248 finalizaron, el resto se cancelaron por desistir alguna de las partes, no proceder legalmente su apertura o no aportar la necesaria documentación en plazo. Se realiza un estudio descriptivo de estos 248 expedientes. Para ello se ha utilizado el programa estadístico y procesador de datos SPSS 1,5. Se recogen nueve variables transformando las no numéricas en valores numéricos: edad, sexo (1 varón, 2 mujer), entidad gestora responsable del pago de la prestación (1 mutua, 2 INSS), causa alegada como causante de la I.T., contingencia final, tipo de empresa (1 privada, 2 pública), régimen de SS del trabajador (1 General, 2 Autónomo), profesión y concordancia entre propuesta del Médico Evaluador y la decisión del EVI. Las variables no numéricas ni dicotómicas fueron:

- A la variable «causa que origina la incapacidad» se le atribuyó como categorías y valores: 1- accidente in itinere, 2- traumatismos/ caídas/ golpes, 3-sobreesfuerzos/sobrecarga, 4- enfermedad profesional y 5 -otros (IAM, ICTUS, trastornos ansioso-depresivos...).
- Las contingencias se correlacionaron con los valores: 1- enfermedad común, 2- accidente no laboral, 3- enfermedad profesional y 4- accidente de trabajo.
- Las profesiones se dividieron en: 1- trabajos que no exigen cualificación específica (peones, ordenanzas, limpiadores, repartidor, dependiente...), 2- trabajos que requieren una formación laboral (conductor, carpintero, mecánico, fontanero...) con una mayor carga física, 3- trabajos que precisan estudios no universitarios (administrativos, técnicos de guardería, secretaria...), 4- trabajos en que se exige titulación media (hoy grado) y 5- trabajos en los que precisa para ejercerlos titulación superior.

RESULTADOS

La edad de los trabajadores osciló entre los 20 y los 65 años, con un valor medio de 44,12 años. Hay un ligero mayor número de varones (56,9%) que de mujeres (43,1%).



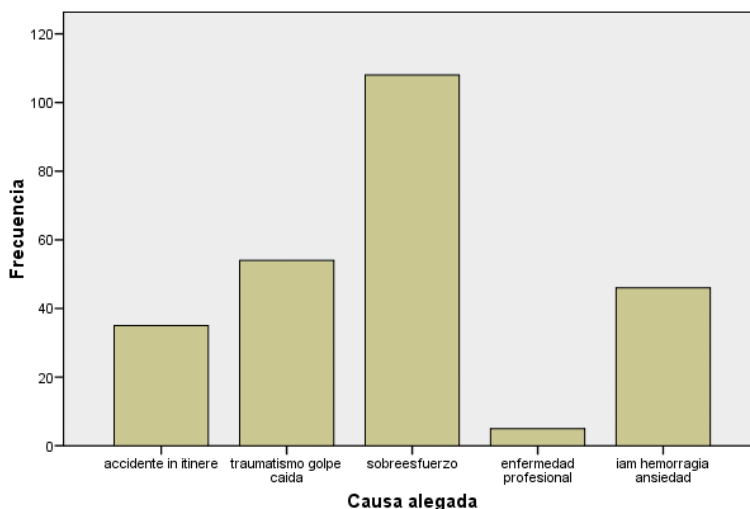
En la distribución por edades se encuentran dos intervalos predominantes: el comprendido al rededor de los 35-40 años y entre la edad de 46 y los 56 años. La explicación de estos dos picos parecen corresponderse, en este segundo intervalo, con la etapa en que comienza el desgaste físico normal del ser humano y se toleran peor las distintas incidencias de salud pero también con la dificultad de reintegrarse al mundo laboral tras un cada vez más frecuente despido relacionado con el cierre-ERE de empresas. El primer intervalo está constituido principalmente por trabajadores que, siendo aún jóvenes, tienen una vida laboral de varios años en la que han ejercido una actividad con importante carga física. Estudios más exhaustivos deberán corroborar lo que dicha distribución traduce.

Los trabajadores pertenecieron al Régimen General en un 97,6% estando el 2,4% restante en RETA.

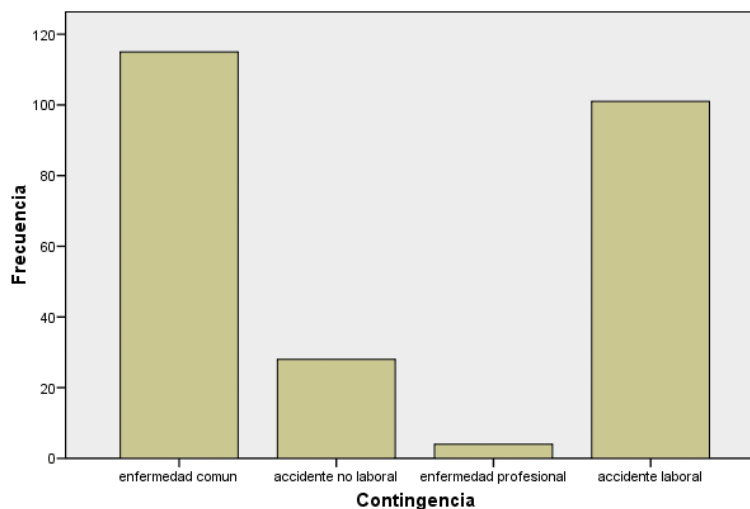
La dependencia de las empresas de los trabajadores fue principalmente privada suponiendo 72,2% frente al 27,8% de las empresas públicas.

La entidad gestora responsable del pago de la prestación fue una Mutua en un 90,3% y el INSS en un 9,7%.

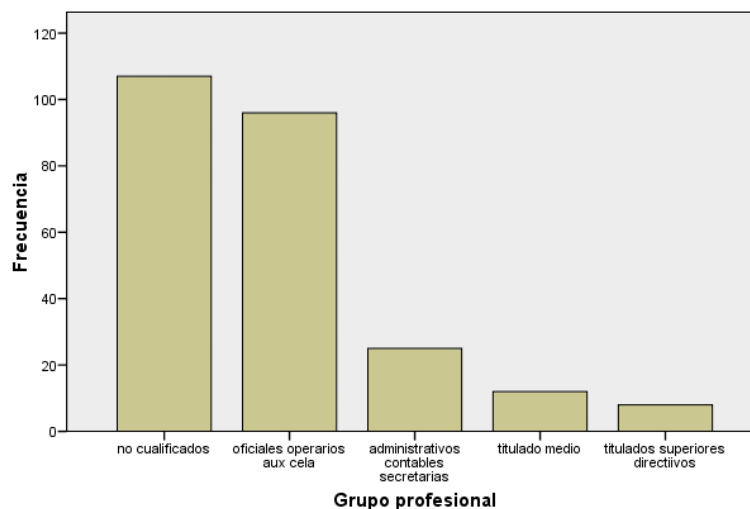
Los porcentajes de la causa alegada por el trabajador como motivo de la baja laboral fueron: 43,5% (108 expedientes) sobreesfuerzos, 21,8% (54 casos) traumatismos, el grupo «otros» 18,5% (46 casos), 14,1% accidentes in itinere (35 expedientes) y en 5 ocasiones se alegó de entrada que se trataba de una enfermedad profesional lo que supuso un 2%.



La resolución final del trámite de determinación de contingencia fue de enfermedad común en 115 casos (46,4%), de accidente laboral en 101 (40,7%), de accidente no laboral en 20 expedientes (11,3%) y de enfermedad profesional en 4 casos (1,6%).



Respecto a los grupos profesionales predominaron los trabajadores que precisan formación laboral (107 casos, 43,1%). Les siguen los trabajadores no cualificados (96 expedientes, 38,7%), trabajos que precisan estudios no universitarios (10,1% que se corresponde con 25 casos), trabajos que requieren estudios universitarios medios (12 casos, 4,8%) y titulados superiores (3,2%, únicamente 8 expedientes).



La concordancia entre las conclusiones del Médico Evaluador en el informe médico de determinación de contingencia y la propuesta del EVI fue lo habitual, existiendo discrepancia en 4 casos lo que supone un 1,61%.

CONCLUSIONES

- Los sobreesfuerzos/sobrecarga en el trabajo son la principal causa alegada como motivo de baja laboral (43,5%). Esto supone una dificultad para la valoración médica ya que, a diferencia del accidente, no suele existir signos externos como hematomas, inflamación o heridas, que puedan relacionarse con los hechos, y además este mecanismo de producción se correlaciona frecuentemente con una

posible agravación de lesiones ya preexistentes, lo que obliga a una búsqueda minuciosa, principalmente en las pruebas de imagen, de datos que permitan distinguir las lesiones crónicas antiguas de las agudas, más actuales.

- La mayoría (90,3%) de los expedientes tienen como entidad gestora responsable del pago a una Mutua.
- Algo más de la mitad de los expedientes (57,7%) terminan siendo considerados de contingencia común.
- La discrepancia entre la conclusión del Inspector Médico y el E.V.I. ocurrió en un pequeño porcentaje de expedientes: 4 expedientes de los 248 revisados, lo que implica un 1,61%. En todos los casos que existió discrepancia entre las conclusiones del Médico Evaluador y el E.V.I. se alegaba accidente de trabajo. La concreción de lo que puede considerarse accidente de trabajo *in itinere* continua siendo motivo de controversia.
- El Informe Médico emitido por el Médico Inspector/Médico Evaluador se muestra como un elemento de importante valor en la tramitación de los expedientes de determinación de contingencia, no sólo para el E.V.I. sino como documento de información a las partes y en los posibles juicios posteriores.

Enfermedad preexistente, agravamiento y/o accidente de trabajo. Análisis de 10 casos clínicos

Ana M.º González Onetti¹, Carolina Ruiz-Granados Montero² y Victoria Tena Trincado³

1. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Fremap.

2. Especialista en Medicina del Deporte. Fremap.

3. Licenciada en Medicina. Fremap.

Resumen

En nuestro centro asistencial se han atendido en el año 2012, 1.304 primeras asistencias, de las cuales 85 fueron consideradas no accidente de trabajo/enfermedad profesional.

Hemos elegido al azar 10 casos clínicos donde existió discrepancia por parte del paciente cuando los servicios médicos determinaron que la patología que sufría el paciente no era accidente de trabajo y/o agravamiento por lo que se derivó a su médico de atención primaria quien emitió parte de baja por contingencias comunes y se inició determinación de contingencias ante el INSS por parte del Servicio Andaluz de Salud.

En 7 de los casos existió discrepancia entre los inspectores médicos del INSS y los servicios médicos de la mutua, en 3 de ellos se consideraron enfermedad común al existir enfermedad preexistente.

De los casos analizados comprobamos que no existían criterios unificados, claros y precisos entre enfermedad preexistente, agravamiento y/o accidente de trabajo dependiendo del médico evaluador y/o médico de la mutua determinar si era o no accidente de trabajo.

Si no existían antecedentes médicos por el SAS y/o bajas previas por ITCC por la misma patología o similar el INSS determino siempre la contingencia como accidente de trabajo.

El tiempo medio de los 10 casos analizados entre el inicio de la determinación de contingencias y la comunicación de la resolución por parte del INSS fue de 240 días.

De los 7 casos que fueron accidente de trabajo, 6 seguían en situación de baja laboral y un caso se encontraba curado e incorporado a su puesto de trabajo.

Palabras claves: *Enfermedad preexistente, Agravamiento, Accidente de trabajo.*

Abstract

In our medical center were answered in 2012, first 1,304 assists, 85 of which were considered non-occupational accident/occupational disease.

We have chosen randomly 10 clinical cases where there was disagreement by the patient when the medical services determined that the disease suffered by the patient was no accident and / or aggravated by what has led to his primary care physician who issued from low for common contingencies and contingencies determining the INSS was initiated by the Andalusian Health Service.

In 7 cases there was discrepancy between the GPs INSS inspectors and medical services mutual in 3 of them were considered to be common illness pre - existing disease.

Of the cases analyzed we found that there was no unified, clear and precise criteria between pre - existing illness, aggravation and / or work accident depending on the evaluating physician and / or medical mutual determine whether it was accident.

If there were no medical history by SAS and / or previous low for ITCC for the same or a similar disease INSS always determined contingency as accident.

The average time of the 10 cases analyzed between the start of the determination of contingencies and communicating the resolution by the INSS was 240 days.

Of the 7 cases were work-related accident, 6 still on sick leave and one case was cured and incorporated into their job.

Keywords: *Pre existing disease, aggravation, accident.*

INTRODUCCIÓN

Según art. 115 Ley General de la Seguridad Social:

«1. Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.

2. Tendrán en consideración:

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

3. Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo.

4. No obstante lo establecido en los apartados anteriores, no tendrán la consideración de accidente de trabajo:

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

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

- b. Los que sean debidos a dolor o imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

5. No impedirán la calificación de un accidente como de trabajo:

- a. La imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira.

La concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.»

CASOS

Número 1

- Paciente de 42 años de edad, varón.
- Profesión: Mantenimiento urbanización.
- Fecha: junio del 2012.
- Causa: Al bajar una escalera se le tuerce la rodilla derecha.
- Antecedentes: no refiere.
- Exploración: Acude con rodillera, deformidad de la misma, se encuentra fría y seca, dolor en cara interna, maniobras para menisco +, cajón anterior +.
- Rx. se aprecia una artrosis compartimental.
- RNM ese mismo día se informa de rotura crónica de LCA, rotura cuerno posterior de menisco interno, rotura de LLI. Artrosis tricompartmental.
- Diagnóstico: Meniscopatía rodilla derecha.
- No accidente laboral por enfermedad preexistente.
- Resolución INSS: Enfermedad preexistente, motivo de baja laboral por ITCC.

Número 2

- Paciente de 31 años de edad, varón.
- Profesión: jardinero.
- Fecha: abril 2012.
- Causa: al coger peso noto un crujido en la muñeca derecha.
- Antecedentes: Fractura de escafoides por accidente deportivo 2010.
- Exploración: Muñeca con deformidad, movilidad limitada y dolorosa. No se aprecian signos traumáticos.
- Rx. Pseudoartrosis de escafoides y estiloides cubital.
- Diagnóstico: Pseudoartrosis de escafoides.
- No accidente laboral por enfermedad preexistente.
- Resolución INSS: Enfermedad preexistente motivo de baja laboral por ITCC.

Número 3

- Paciente de 33 años de edad, varón.
- Profesión: policía local.
- Fecha: agosto 2012.
- Causa: al coger una valla le da un tirón en el hombro derecho.
- Antecedentes: no refiere.
- Exploración: Imposible de explorar, hombro bloqueado.
- Rx. Signos degenerativos incipientes en la acromio-clavicular. Atrapamiento articular gleno-humeral.
- RNM rotura aguda de tendón supraespinoso, rotura aguda de tendón infraespinoso, rotura aguda del subescapular. Bursitis acromio-clavicular. Edema óseo traumático en cabeza humeral.
- Diagnóstico: Rotura manguito rotadores.
- No accidente laboral.
- Resolución del INSS: Enfermedad preexistente, motivo de baja por ITCC.

Número 4

- Paciente de 40 años de edad, varón.
- Profesión: conductor de camiones.
- Fecha: Febrero 2012.
- Causa: Al bajar de camión le cruje la rodilla derecha.
- Antecedentes médicos: No refiere.
- Exploración: rodilla fría y seca, maniobras para menisco +.
- Rx de rodilla no se visualiza patología ósea.
- RNM a los 21 días, gran ganglión región poplítea de 8 cm.
- Diagnóstico: Meniscopatía rodilla.
- Baja laboral por AT y alta a los 25 días.
- Resolución INSS: Patología derivada de accidente de trabajo que le incapacita temporalmente.

Número 5

- Paciente de 51 años de edad, mujer.
- Profesión: peón agrícola.
- Fecha: Junio del 2012.
- Causa: se le tuerce la rodilla izda. deambulando en el liño.
- Antecedentes: Obesidad mórbida, 157 cm altura, 120 kg.
- Exploración: rodilla fría con líquido intraarticular con dolor en recorrido de LLI.
- Rx artrosis tri-compartimental.
- RNM Artrosis tri-compartimental. Condromalacia rotuliana grado IV.
- Diagnóstico: esguince de rodilla izda.
- Resolución del INSS agravamiento de patología de base.

Número 6

- Paciente de 61 años de edad, varón.
- Profesión: oficial 1.º soldador.
- Fecha: julio del 2012.
- Causa: asistencia al coger un generador le da un tirón en la espalda.
- Antecedentes médicos: IQ con material de osteosíntesis en columna lumbar, baja laboral por ITCC 18 meses, alta INSS.
- Exploración: Aptitud antiálgica. Imposible de explorar.
- Rx se aprecia rotura de material de osteosíntesis.
- Diagnóstico: Lumbalgia.
- Baja por su MAP.
- Resolución del INSS: agravamiento de patología de base, alta por informe clínico laboral, IPT por accidente de trabajo.

Número 7

- Paciente de 46 años de edad, varón.
- Profesión: redero, régimen del mar.
- Fecha: enero 2012.
- Causa: mientras caminaba en su lugar de trabajo tropieza y se hace daño en el cuello.
- Antecedentes: IQ hernia discal C5-C6 en febrero 2011.

- Exploración: acude con collarín cervical, dolor en ap. espinosas C5 a C7 no contracturas de ppvc, ni de trapecios, no se objetiva clínica alguna.
- Rx. Fijación con cajetín C5-C6.
- Diagnóstico: Cervicalgia.
- Resolución INSS: agravamiento de patología de base.

Número 8

- Paciente de 46 años de edad, varón.
- Profesión: peón agrícola palettero.
- Fecha: febrero 2012.
- Causa: se resbala en el almacén y apoya el brazo izdo. provocándole una herida.
- Antecedentes: IQ de fibrosarcoma mamario izdo. en septiembre del 2011.
- Exploración: Herida abierta a nivel de pectoral izda. que se encuentra reseca.
- Diagnóstico: Herida.
- Resolución INSS: agravamiento de patología de base.

Número 9

- Paciente de 56 años de edad, varón.
- Profesión: policía local.
- Fecha: marzo 2012
- Causa: se tuerce la rodilla izda. al bajar del vehículo policial.
- Antecedentes: sin interés.
- Exploración: rodilla con clínica compatible con Meniscopatía interna.
- Rx sin interés.
- RNM rotura cuerno posterior de menisco interno.
- Diagnóstico: Meniscopatía interna rodilla izda.
- Mayo 2012 se da alta por curación derivado de accidente de trabajo, el paciente refiere dolor en pie derecho, se realiza estudio y se le diagnostica de fractura incompleta de calcáneo, antes de dicho alta laboral.
- Resolución INSS: agravamiento encontrándose incapacitado para su trabajo.

Número 10

- Paciente de 27 años de edad, varón.
- Profesión: gruista.
- Causa: Al subir la escalera de la grúa le da un tirón en la espalda.
- Antecedentes: no refiere.
- Exploración: Aptitud antiálgica, arrastra MII.
- Rx no se objetiva patología ósea, no rectificación de la lordosis fisiológica.
- RNM gran hernia lumbar L5-S1 extruida y migrada.
- Diagnóstico: Lumbalgia.
- Baja MAP.
- Resolución del INSS: agravamiento patología de base.

RESULTADOS

- 5 casos se determinó por parte de la mutua que no eran accidente de trabajo al no relacionarse la patología encontrada con el mecanismo de producción que refirió

el paciente. El INSS determinó agravamiento de su patología de base y por tanto mantuvo la contingencia por accidente de trabajo.

- 2 casos donde después del estudio por parte de la mutua se consideró patología derivada de enfermedad común o accidente no laboral sin relación con el trabajo, el INSS determinó que el paciente se encontraba incapacitado temporalmente para el trabajo y mantuvo la baja por accidente de trabajo hasta su alta laboral por curación y la incorporación a su puesto de trabajo.
- 3 casos la mutua determinó enfermedad preexistente sin agravamiento por el trabajo, el INSS mantuvo la baja por enfermedad común. Los pacientes acudieron al juzgado de lo social donde la magistrada determinó que la contingencia era enfermedad común.

CONCLUSIONES

De los casos analizados comprobamos que no existían criterios unificados, claros y precisos entre enfermedad preexistente, agravamiento y/o accidente de trabajo dependiendo del médico evaluador y/o médico de la mutua determinar si era o no accidente de trabajo.

En ninguno de los casos se impugnó el alta.

Si no existían antecedentes médicos por el SAS y/o bajas previas por ITCC por la misma patología o similar el INSS determinó siempre la contingencia como accidente de trabajo.

El tiempo medio de los 10 casos analizados entre el inicio de la determinación de contingencias y la comunicación de la resolución por parte del INSS fue de 240 días.

De los 7 casos que fueron accidente de trabajo, 6 seguían en situación de baja laboral y 1 caso se encontraba curado e incorporado a su puesto de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

www.empleo.gob.es

www.fremap.es

Estudio del grado de secuela en la contingencia profesional según los diferentes estamentos involucrados dentro de la legislación laboral

Luis Jesús Sánchez-Elvira Muñoz¹, M.º José Aguado Benedí²

1. Servicio de peritación médica. Departamento de supervisión médica de contingencias profesionales de MC-Mutual.

2. Inspección médica INSS. Departamento de toxicología y legislación sanitaria de la Universidad Complutense de Madrid.

Resumen

El estudio de 2367 casos de MC-Mutual, que por contingencia profesional han sido alta en el año 2007, con tramitación de informe-propuesta clínico-laboral. El mayor grado de coincidencia está entre el Juzgado de la Social (JS) y el Tribunal Superior de Justicia (TSJ), siendo del 89,28%, seguido de la mutua con el INSS con un 81,59%. Hay diferencias en la valoración del grado de secuela por los diferentes estamentos. La menor coincidencia entre la Mutua y el INSS está en la incapacidad permanente parcial.

Palabras clave: *Secuelas. Legislación laboral. MC-Mutual. Mutuas de AT y EP. INSS. Juzgado de lo Social. Tribunal Superior de Justicia. Grado de coincidencia.*

Abstract

The study of 2367 cases of MC-Mutual, which have been professional contingency high in 2007, with report-processing proposed clinical-work. The greatest degree of overlap is between the Social Court (JS) and the Superior Tribunal of Justice (TSJ), being of 89.28%, followed by Mutual with INSS in an 81.59%. There are differences in the assessment of the degree of sequel for the different classes. The less overlap between Mutual and INSS is in permanent partial disability.

Key words: *Sequelae. Labor legislation. MC-Mutual. Mutual AT and EP. INSS. Labour Court. Superior Court. Degree of coincidence.*

MATERIAL Y MÉTODO

En los 2.367 casos de se estudian las siguientes variables: la contingencia profesional, la propuesta de MC-Mutual, la Resolución del INSS, la Sentencia de los JS y la Sentencia de los TSJ. El programa estadístico usado ha sido el SPSS.

OBJETIVO

El objetivo es estudiar el grado de concordancia, entre los diferentes estamentos dentro de la legislación laboral.

RESULTADOS

1. Grado de coincidencia entre propuestas de la mutua y las resoluciones del INSS

1.1 En accidente de trabajo

Entre todos los grados de secuela, son coincidentes 1711 casos (82,18%), frente a 371 en los que no existe coincidencia (17,82 %). La significación estadística ha sido de gamma 0.86, kappa 0,61 y $p < 0.001$.

En cada uno de los grados de secuela, analizando en las no coincidentes cual es la resolución del INSS, se obtienen los siguientes resultados:

- En los 208 casos de *sin secuelas* (SS) la coincidencia es en 136 (65,40%). En los no coincidentes, el INSS resuelve: lesiones permanentes no invalidantes (LPNI) en un 22,60%, incapacidades permanentes parciales (IPP) en el 1,90% e incapacidades permanentes totales (IPT) en el 10,10%.
- En los 1547 casos de *LPNI*, 1360 son coincidentes (87,90%). En los no coincidentes, el INSS resuelve: SS 3,40%, IPP 4,40%, IPT 4,20% y IPA 0,10%.
- En los 126 casos de *IPP* son coincidentes 43 (34,10%). En los no coincidentes, las resoluciones del INSS son: SS 2,40%, LPNI 11,90% e IPT 51,60%.
- En los 166 casos de *IPT* son coincidentes 142 (85,50%). En las no coincidentes, las resoluciones del INSS han sido: SS 0,60%, LPNI 4,80, IPP 3,60% e IPA 5,40%.
- En los 14 casos de *IPA* son coincidentes 10 (71,40%). En las no coincidentes las resoluciones del INSS han sido: IPT 14,30% y GI 14,30%.
- En los 21 casos de *gran invalidez* (GI) son coincidentes 20 (95,20%). En el único caso no coincidente la resolución del INSS ha sido de IPA.

En el 17,82 % de los casos no coincidentes, el INSS resuelve en el 13,59% un grado superior y en el 4,22% un grado inferior.

1.2 En enfermedad profesional

Los casos valorados por MC-Mutual y por el INSS son 135 casos. Coinciden 98 (72,59%), frente a 37 no coincidentes (27,41%), (significación estadística γ 0,77; K 0,57; $p < 0,001$). No hay ningún caso de gran invalidez. En cada uno de los grados de secuela se observa la coincidencia y la no coincidencia, analizando en las no coincidentes cual es la resolución del INSS:

- En los 19 casos de *SS*, 11 son coincidentes (57,90%). En los no coincidentes, el INSS resuelve: LPNI 26,30%, IPT 10,50% e IPA 5,30%.
- En los 71 casos de *LPNI*, 53 son coincidentes (74,60%). En los no coincidentes la resolución es: SS 7,0%), IPP 2,80% e IPT 15,50%.

- En los 4 casos de *IPP* no hay ninguna coincidencia (0%). En los no coincidentes el INSS resuelve: LPNI 50,00% e IPT 50,00%.
- En los 40 casos de *IPT* son coincidentes 33 (82,50%). En los no coincidentes el INSS resuelve: SS 7,50%, IPP 2,50% e IPA 7,50%.
- En el único caso de *IPA* es coincidente con la resolución del INSS (100%)

Así podemos resumir que del 27,41 % de los casos no coincidentes, el INSS resuelve en el 19,25% un grado superior y en el 8,14% en un grado inferior.

Entre las dos contingencias profesionales hay 2217 casos. La propuesta y la resolución son coincidentes en 1809 casos (81,59%).

2. Grado de coincidencia entre las propuestas de la mutua y las sentencias de los juzgados de lo social

2.1 En accidente de trabajo

Los casos valorados por MC-Mutual y por el JS son 405 casos (18,30%). No llegan a los JS el 81,70%. La significación estadística es γ 0,72; K 0,39; $p < 0,001$.

En cada uno de los grados de secuela se observa la coincidencia y la no coincidencia, analizando en las no coincidentes cual es la Sentencia del Juzgado de lo Social se constata:

- En los 52 casos de *SS* se comprueba que la coincidencia es en 33 casos (63,50%). De los no coincidentes el JS falla: LPNI 13,50%, IPP 7,70% e IPT 15,40%.
- En los 257 casos de *LPNI*, 157 son coincidentes (61,10%). En los no coincidentes, la sentencia es: SS 1,9%, IPP 21,0%, 40 IPT 15,60% e IPA 0,40%.
- En los 42 casos de *IPP* son coincidentes 9 (21,40%). En los no coincidentes el fallo es: SS 4,80%, LPNI 19% e IPT 54,80%.
- En los 49 casos de *IPT*, coinciden 35 (71,40%). En los no coincidentes las sentencias han sido: SS 4,10%, LPNI 2%, IPP 6,10% e IPA 16,30%.
- En los 5 casos de *IPA* son todos coincidentes (100%).

2.2 En enfermedad profesional

Los casos valorados por MC-Mutual y por el JS son 37 (23,40%). En cada uno de los grados de secuela se analiza la coincidencia y cuando no es coincidente cual es el grado de secuela en la sentencia (significación estadística: γ 0,84; K 0,57; $p < 0,001$):

- En los 5 casos de *SS* se comprueba que la coincidencia es en 4 (80%). El caso no concordante la sentencia es IPT 20%.
- En los 22 casos de *LPNI*, 15 son coincidentes (68,20%). En los no coincidentes el fallo es: IPP 4,50% e IPT 27,30%.
- En los 2 casos de *IPP* no hay ninguna coincidente (0%). La sentencia es: SS 50% e IPT 50,0%.
- En los 8 casos de *IPT* son todos coincidentes 100%.

Valorada conjuntamente la contingencia profesional, de las 442 sentencias concuerdan 266, lo que supone el 60,18%. En las no coincidentes, el JS falla en un grado superior en el 34,84% y en un grado inferior en el 4,97%. Referido a la totalidad de los 2367 casos la coincidencia supone un 11,23% y la discordancia un 7,43%. Dentro de los casos no coincidentes las sentencias judiciales otorgan un grado mayor en el 6,50% de los casos y un grado inferior en el 0,92% de los casos.

3. Grado de coincidencia entre las resoluciones del INSS y las sentencias de los Juzgados de lo Social

3.1 En accidente de trabajo

Hay 433 casos valorados por ambos estamentos (19,60%). En cada uno de los grados de secuela se observa la coincidencia y cuando no la hay se estudia cual es la Sentencia del JS (significación estadística γ 0,83; K 0,69; $p < 0,001$):

- En los 55 casos de *SS*, la coincidencia es en 45 (81,80%). En los no coincidentes el JS sentencia: LPNI 3,60%, IPP 7,30% e IPT 7,30%.
- En los 214 casos de *LPNI*, 165 son coincidentes (77,10%). En los no coincidentes, el JS falla: SS 0,50%, IPP 15,40% e IPT 7,0%.
- En los 38 casos de *IPP*, coinciden 27 (71,10%). En los no coincidentes JS sentencia: SS 2,60%, LPNI 15,80% e IPT 10,50%.
- En los 118 casos de *IPT* coinciden 96 (81,40%). En los no coincidentes las sentencias han sido: SS 5,10%, LPNI 1,70%, IPP 5,90% e IPA 5,90%.
- En los 8 casos de *IPA* coinciden 7 (87,50%). La no coincidente es LPNI 12,50%.

3.2 En enfermedad profesional

En enfermedad profesional hay 45 casos valorados por ambos estamentos (28,50%). En cada uno de los grados de secuela se observa la coincidencia y cuando no la hay se estudia cual es la sentencia del JS, (significación estadística γ 0,79; $p < 0,001$):

- En los 9 casos de *SS* se comprueba que la coincidencia es en 5 (55,60%). En los no coincidentes la sentencia es: LPNI 11,10% e IPT 33,30%.
- En los 22 casos de *LPNI*, 16 son coincidentes (72,70%). En los no coincidentes, el fallo es: IPP 4,50% e IPT 22,70%.
- En los 14 casos de *IPT* son todos coincidentes 100%.

En el total de la contingencia profesional, los casos valorados por el INSS son 2.367, de los cuales han llegado a los JS 478 (20,19%); de estas concuerdan en el grado 375 (78,45%) y no concuerdan 103 (21,54%). De las no coincidentes, el Juzgado falla en 79 casos un grado superior (16,52%) y en 24 casos falla en un grado inferior (5,02%). Si analizamos lo que representa sobre el total de los 2367 casos la coincidencia entre las resoluciones del INSS y las sentencias del Juzgado de lo Social es de un 15,84% y la discordancia un 4,35%. Dentro de los casos no coincidentes las sentencias judiciales otorgan un grado mayor en el 3,33% de los casos y un grado inferior en el 1,01% de los casos.

4. Grado de coincidencia entre las sentencias de los juzgados de lo social y las sentencias de los tribunales superiores de justicia

4.1 En accidente de trabajo

Hay 124 casos valorados por ambos estamentos (5,60%), no es valorado el 94,40%. En cada uno de los grados de secuela se estudia la coincidencia entre las sentencias según el grado de secuela entre ambas jurisdicciones sociales. Se analiza en las no coincidentes cual es la sentencia del TSJ, respecto a la del JS (significación estadística γ 0,93; K 0,85; $p < 0,001$):

- En los 12 casos de *SS* coinciden en 10 (83,30%). Las 2 no coincidentes son IPP.
- En los 60 casos de *LPNI*, coinciden 57 (95%). En las no coincidentes, el TSJ falla: IPP 3,30% e IPT 1,70%.
- En los 31 casos de *IPP* coinciden 26 (83,90%). En las no coincidentes el fallo es: LPNI 6,50% e IPT 9,70%.
- En los 18 casos de *IPT* son coincidentes 17 (94,40%). El no coincidente es IPP.
- En los 3 casos de *IPA* son coincidentes 2 (66,70%) y en el no coincidente es IPT.

4.2 En enfermedad profesional

Hay 16 casos valorados por ambos estamentos (10,10%). En cada uno de los grados de secuela se estudia la coincidencia entre las sentencias según el grado de secuela entre ambas jurisdicciones. Se analiza en las no coincidentes cual es la Sentencia del TSJ con respecto a la del JS (significación estadística $\chi^2 0,79$; $p = 0,001$):

- En los 2 casos de *SS* la coincidencia es en ambos (100%).
- En los 6 casos de *LPNI*, 5 son coincidentes (83,3%). El no concordante es *IPP*.
- En los 8 casos de *IPT* son coincidentes 6 (75,0%). En los no coincidentes las sentencias han sido: *SS* 12,5% y *LPNI* 12,5%.

Valorada conjuntamente la contingencia profesional, los casos valorados por los TSJ son 140 casos sobre los 2367 casos. Lo que significa que llegan a esta Jurisdicción un 5,58% de los casos. De los 140 casos que llegan a los TSJ hay coincidencia en 125 (89,29%) y no la hay en 15 (10,71%). De las no coincidentes, el TSJ falla en 9 casos un grado superior (6,42%) y en 6 casos falla en un grado inferior (4,28%). Si analizamos lo que representa sobre el total de los 2367 casos la coincidencia entre las sentencias de los JS y las sentencias de los TSJ es de un 5,28% y la discordancia un 0,63%. Dentro de los casos no coincidentes las sentencias judiciales otorgan un grado mayor en el 0,38% de los casos y un grado inferior en el 0,25% de los casos.

5. Grado de coincidencia entre las propuestas de la mutua y las sentencias de los tribunales superiores de justicia

De los 2367 casos, han llegado a ambos estamentos 134, (5,70%). Estos 134 casos corresponden a 122 de accidentes de trabajo (5,15%) y a 12 casos de enfermedades profesionales (0,50%) lo que es muy poco representativo. Por lo que se hace la valoración por el conjunto de la contingencia profesional. Analizando los 134 casos se constata que hay coincidencia en 80 y no la hay en 54 (significación estadística $\chi^2 0,47$; $K 0,34$; $p = 0,002$). Según el grado de secuela:

- En los 14 casos de *SS* hay coincidencia en 9 (64,29%). De los no coincidentes el fallo es: *IPP* 7,14% e *IPT* 28,57%.
- En los 97 casos de *LPNI*, 59 son coincidentes (60,82%). En los no coincidentes, el fallo es: *IPP* 25,77% e *IPT* 13,40%.
- En los 10 casos de *IPP* son coincidentes 4 (40%). En los no coincidentes, el fallo es: *SS* 10%), *LPNI* 30% e *IPT* 20%.
- En los 12 casos de *IPT* son coincidentes 7 (58,33%). En los no coincidentes las sentencias han sido: *SS* 8,33%, *LPNI* 8,33%, *IPP* 16,67% e *IPA* 8,33%.
- En el único caso de *IPA* es coincidente 100%.

Se puede resumir que de las 134 sentencias del TSJ, concuerdan 80 (59,70%). De las no coincidentes, el TSJ falla en 48 casos un grado superior que representa el 35,82% y en 6 casos falla en un grado inferior que representa el 4,48%. Si analizamos lo que representa sobre el total de los 2367 casos la coincidencia entre las propuestas de la mutua y las sentencias de los TSJ es de un 3,37% y la discordancia un 2,28%. Dentro de los casos no coincidentes las sentencias judiciales otorgan un grado mayor en el 2,03% de los casos y un grado inferior en el 0,25% de los casos.

6. Grado de coincidencia entre las resoluciones del INSS y las sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia

De los 2367 casos, han llegado a los dos estamentos 140 (5,90%), no han llegado el 94,10%. Los 140 casos corresponden a 125 de accidentes de trabajo y a 15 enfermedades profesionales, lo que es muy poco representativo. Por lo que se hace la valoración por el

conjunto de la contingencia profesional (significación estadística γ 0,88; K 0,56; $p < 0,001$). Analizando los 140 casos según el grado de secuela:

- En los 16 casos de *SS*, la coincidencia es en 11 (68,75%). De los no coincidentes el fallo es: IPP 6,25% e IPT 25%.
- En los 78 casos de *LPNI*, 58 son coincidentes (74,36%). En los no coincidentes el fallo es: IPP 25% e IPT 6,25%.
- En los 20 casos de *IPP* son coincidentes 13 (65%). En los no coincidentes el fallo es: *SS* 5%, *LPNI* 20% e *IPT* 10%.
- En los 24 casos de *IPT* son coincidentes 17 (70,83%). En los no coincidentes las sentencias han sido: *LPNI* 8,33%, *IPP* 16,7% e *IPA* 4,17%.
- En los 2 casos de *IPA* es coincidente en uno (50%). La no coincidente ha sido *LPNI*.

Así podemos resumir que de las 140 sentencias de los TSJ, concuerdan 100 (71,42%). De las no coincidentes, el TSJ falla un grado superior en el 20% y un grado inferior en el 8,57%. Sobre el total de los 2367 casos la coincidencia entre las resoluciones del INSS y las sentencias de los TSJ es de un 4,22% y la discordancia un 1,69%. Dentro de los no coincidentes las sentencias otorgan un grado mayor en el 1,18% de los casos y un grado inferior en el 0,51% de los casos.

7. Comparativa de los cuatro estamentos

Los casos valorados por los cuatro estamentos son 133, de los que el número de sentencias del TSJ que coinciden con las de los JS son en 120 casos (90,22%). Con las resoluciones del INSS la coincidencia es en 95 casos (71,42%). Con la propuesta de la Mutua coincide en 80 casos (60,15%).

La menor coincidencia está en la valoración del grado de IPP, ya que es con la mutua en el 12,50% y con el INSS en el 40,62%.

Las 133 sentencias de los TSJ suponen un 5,61%. La no coincidencia sobre la totalidad de los casos es: con la mutua el 2,23%, con el INSS el 1,60% y con los JS del 0,55%. En relación a las no coincidentes supone un grado mayor del propuesto por la Mutua en un 1,90% y menor en un 0,33%. En las propuestas del INSS la sentencia es en grado mayor en un 1,09% y menor en un 0,50%. Con respecto a las sentencias de los JS la sentencia es de grado mayor en un 0,38% y de grado menor en un 0,17%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del estudio ha sido conocer el **grado de coincidencia** entre los diferentes estamentos al catalogar las secuelas según la legislación laboral, se han cruzado los datos observando que **entre las propuestas de MC-Mutual y las resoluciones del INSS** hay una coincidencia en el 82,18% en accidente de trabajo y en un 72,59% en enfermedad profesional. Valorada en conjunto la contingencia profesional la **coincidencia es del 81,59% entre MC-Mutual y el INSS** y la no coincidencia es del 18,40%, resolviendo el INSS un grado superior en el 13,93% y un grado inferior en el 4,46%. En relación al grado de secuela que presenta menor coincidencia es la incapacidad permanente parcial, siendo la coincidencia del 34,10% en accidente de trabajo y no existe ninguna coincidencia en enfermedad profesional.

Los casos de contingencia profesional en los que interviene **MC-Mutual** y los **Juzgados de lo Social** son 442, lo que supone que la valoración por ambos estamentos es en el 18,67% de los casos. En estos hay una **coincidencia entre las sentencias y las propuestas en el 60,18%**. En el 39,81% en que no hay coincidencia, las sentencias son en un grado superior en un 34,84% e inferior en un 4,97%. Sobre el total de casos la no coincidencia supone una sentencia de grado superior en el 6,50% y de grado inferior en el 0,92%. Al analizar en qué grados de secuelas están las divergencias se comprueba que

las mayores divergencias están en la incapacidad permanente parcial siendo la coincidencia del 21,40% en accidente de trabajo y no existe coincidencia en enfermedad profesional.

Los casos de contingencia profesional en los que interviene el **Instituto Nacional de la Seguridad Social y los Juzgados de lo Social** son 478, lo que supone que la valoración por ambos estamentos es en el 20,19% de los casos. En estos hay una **coincidencia entre las sentencias y las resoluciones en el 78,45%** de los casos. En el 21,54% en que no hay coincidencia, las sentencias son en un grado superior en un 16,52% e inferior en un 5,02%. Sobre el total de casos la no coincidencia supone una sentencia de grado superior en el 3,33% y de grado inferior en el 1,01%. En accidente de trabajo la coincidencia es muy alta, mayor del 71%; por mencionar la menor coincidencia entre las Sentencias de los Juzgados de lo Social con las resoluciones del INSS está en la incapacidad permanente parcial aunque la coincidencia es del 71,10%. En enfermedad profesional no existe coincidencia en la incapacidad permanente parcial ya que no existe esta resolución por el INSS en los casos observados, en sin secuelas la coincidencia es del 55,60% y en la incapacidad permanente total coincide en un 100%,

Los casos de contingencia profesional en los que intervienen los **Juzgados de lo Social y los Tribunales Superiores de Justicia** son 140, lo que supone que la valoración por ambos estamentos es en el 5,58% de los casos. En estos hay una **coincidencia entre las sentencias de ambas jurisdicciones en el 89,28%** de los casos. En el 10,71% en que no hay coincidencia, las sentencias son en un grado superior en un 6,42% e inferior en un 4,28%. Sobre el total de casos la no coincidencia supone una sentencia de grado superior en el 0,38% y de grado inferior en el 0,25%. La única coincidencia entre las sentencias de ambos tribunales se da en sin secuelas por enfermedad profesional ya que es del 100%. La menor coincidencia entre las sentencias de ambos tribunales está en la incapacidad permanente absoluta por accidente de trabajo ya que la coincidencia está en un 66,70%, aunque por el escaso número de casos, tres, es poco valorable.

Los casos de contingencia profesional en los que interviene **MC-Mutual y los Tribunales Superiores de Justicia** son 134, lo que supone que la valoración por ambos estamentos es en el 5,70% de los casos. En estos hay una **coincidencia entre las sentencias y las propuestas en el 59,70%**. En el 40,29% en que no hay coincidencia, las sentencias son en un grado superior en un 35,82% e inferior en un 4,48%. Sobre el total de casos la no coincidencia supone una sentencia de grado superior en el 2,03% y de grado inferior en el 0,25%. El grado de secuela que presenta la menor coincidencia es la incapacidad permanente parcial siendo esta de un 40%.

Los casos de contingencia profesional en los que interviene el **Instituto Nacional de la Seguridad Social y los Tribunales Superiores de Justicia** son 140, lo que supone que la valoración por ambos estamentos es en el 5,90% de los casos. En estos hay una **coincidencia entre las sentencias y las resoluciones en el 71,42%** de los casos. En el 28,57% en que no hay coincidencia, las sentencias son en un grado superior en un 20% e inferior en un 8,57%. Sobre el total de casos la no coincidencia supone una sentencia de grado superior en el 1,18% y de grado inferior en el 0,51%. La menor coincidencia está en la incapacidad permanente absoluta, que es del 50% aunque sólo hay dos casos, en la incapacidad permanente parcial la coincidencia es del 65%.

Al realizar una comparativa entre los **cuatro estamentos** lo primero que se constata es que han intervenido los cuatro estamentos en 133 casos, que representa el 5,61%. El número de sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia coincidentes en el grado de secuela con las sentencias de los Juzgados de lo social es del 90,22%, con las resoluciones del INSS la coincidencia es en el 71,42% y con la propuesta de la Mutua coincide en un 60,15%. En relación a los grados de secuela la coincidencia entre los Tribunales Superiores de Justicia y los Juzgados de lo Social está en todos por encima del 80%, coincidiendo plenamente en sin secuelas y en incapacidad permanente absoluta. Con la Mutua y con el INSS sólo se llega al 80% de coincidencia en sin secuelas y baremos. En la incapacidad permanente total la coincidencia es del 60% con el INSS y del 28% con la Mutua. En la incapacidad permanente absoluta es del 50% tanto con el INSS

como con la Mutua. La menor coincidencia está en la incapacidad permanente parcial siendo con el INSS la coincidencia del 40,62% y con la Mutua del 12,50%. Si se consiguiera aunar criterios en este tipo de incapacidad se conseguirían una coincidencia hipotética con la Mutua del 81,20% y con el INSS del 78,91%. Sobre el total de casos las sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia son en grado mayor a las de los Juzgados de los Social en un 0,38% y en menor grado en un 0,17%. En comparación al grado propuesto por la Mutua en un 1,90% son en grado mayor y en un 0,33% en grado menor. Con las resoluciones del INSS son en grado mayor en un 1,09% y en menor grado en un 0,50%.

Podemos afirmar que en la generalidad de los casos, médicamente las secuelas son claras, la legislación también es clara en su definición de cada grado de secuela, pero hay diferencias en la valoración, sobre todo en la incapacidad permanente parcial, por lo que se considera prioritario crear unos criterios de consenso en este grado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación de Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social en página web www.amat.es.
2. Decreto 2065/1974 de 30 de mayo por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, BOE 20/07/74.
3. Ley 24/1972, de 21 de junio, de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora del Régimen General de la Seguridad Social, BOE 22/06/72.
4. Ley 4/1990, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado, BOE 30/06/90.
5. Ley 24/1997 de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del sistema de Seguridad Social, BOE 16/07/97.
6. Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, BOE 27/11/92.
7. Ley 38/1988, de 28 de diciembre de Demarcación y de Planta Judicial, BOE 30/12/88.
8. Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, BOE 05/12/07.
9. Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, BOE 19/08/95.
10. Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, BOE 02/07/85.
11. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Seguridad Social en www.seg-social.es
12. Ministerio de Justicia en www.mjusticia.gob.es
13. Orden de 18 de enero de 1996 para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, BOE 26/01/96.
14. Orden de 5 de abril de 1974 por la que se determina el baremo de las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidante, BOE 18/04/74.
15. Orden TAS/1040/2005, de 18 de abril, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes, BOE 22/04/95.
16. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, BOE 19/12/06.
17. Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de Orden social, BOE 19/08/95.
18. Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre Colaboración en la Gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, BOE 12/12/95.
19. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de Seguridad Social, BOE 29/06/94.
20. Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 abril 1995, que aprueba el texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral, BOE 11/04/95.

MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

Estudio del grado de secuela en la contingencia profesional según los diferentes estamentos involucrados, dentro de la legislación laboral, en relación a la zona geográfica. Estudio de la coincidencia entre la Mutua y el INSS

Luis Jesús Sánchez-Elvira Muñoz¹, M.º José Aguado Benedí²

1. Servicio de peritación médica. Departamento de supervisión médica de contingencias profesionales de MC-Mutual.

2. Inspección médica INSS. Departamento de toxicología y legislación sanitaria de la Universidad Complutense de Madrid.

Resumen

El estudio de la Comunidad Autónoma, en 2367 casos de MC-Mutual, que por contingencia profesional han sido alta con tramitación de informe-propuesta clínico-laboral, ha revelado que hay diferencias en la valoración del grado de secuela en las propuestas de la Mutua, las resoluciones del INSS, las sentencias de los Juzgados de lo Social y las sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia. Por lo que hay variabilidad geográfica en los diferentes estamentos, siendo mayor en los Judiciales.

Palabras clave: Secuelas. Legislación laboral. MC-Mutual. Mutuas de AT y EP. INSS. Juzgado de lo Social. Tribunal Superior de Justicia. Grado de coincidencia. Comunidad Autónoma.

Abstract

The study of the Autonomous Region in 2367 cases of MC-Mutual, which contingency have been professional with processing of proposal-report clinical-work, has revealed that there are differences in the assessment of how the proposed sequel Mutual the resolutions of the INSS, the judgments of the Labour Courts and judgments of the High Courts of Justice. So there are geographical variations in the different levels, being higher in the Court.

Key words: Sequelae. Labor legislation. MC-Mutual. Mutual AT and EP. INSS. Labour Court. Superior Court. Degree of coincidence. Autonomous Region.

INTRODUCCIÓN

En la geografía Española hay 17 Comunidades Autónomas. El ámbito de actuación de la Mutua es Nacional, por lo que los criterios son únicos para todas las Comunidades. El ámbito de actuación del INSS es a nivel de las Direcciones Provinciales. El ámbito de actuación de los Juzgados de lo Social es en cada partido judicial. El ámbito de actuación de los Tribunales Superiores de Justicia es la Comunidad Autónoma.

MATERIAL Y MÉTODO

Partiendo de la base de datos de MC-Mutual se analizan todos los casos que han sido alta laboral en el año 2007 con tramitación de informe propuesta clínico-laboral. Son 2.367 casos; las variables a estudiar en cada caso son: La Comunidad Autónoma, la contingencia profesional, la propuesta de MC-Mutual, la Resolución del INSS, la Sentencia de los Juzgados de lo Social y la Sentencia de los Tribunales Superiores de Justicia. El programa estadístico usado para realizar los cruces de las variables ha sido el SPSS.

OBJETIVO

1. Estudio de la relación de la Comunidad Autónoma, en la valoración del grado de secuela según la legislación laboral, en la contingencia profesional, en las propuestas de la Mutua, las resoluciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), las sentencias de los Juzgados de lo Social (JS) y las sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia (TSJ).
2. Estudio comparativo entre la Mutua y el INSS en cada grado de secuela según la Comunidad Autónoma.

RESULTADOS

La distribución geográfica de los 2.367 casos estudiados de MC-Mutual es la siguiente: las Comunidades con mayor número de casos son: Cataluña con el 26,40%, País Vasco con el 12,80%, Andalucía con el 12,00%, Galicia con el 9,00%, Madrid con el 7,10% y Valencia con el 7,00%.

En relación a la contingencia profesional, el 93,30% es accidente de trabajo y el 6,70% se debe a enfermedad profesional.

Se realiza un estudio de los grados de secuela valorados por los cuatro estamentos, en cada comunidad autónoma y en las dos contingencias profesionales.

1. Relación en la valoración del grado de secuela según los diferentes estamentos según la Comunidad Autónoma

1.1 Relación en la valoración del grado de secuela en MC-Mutual según la Comunidad Autónoma

En *accidente de trabajo*, la secuela más frecuente es la de lesiones permanentes no invalidantes, que en conjunto supone un 74,10%, aunque hay diferencias según la comunidad autónoma. Los hallazgos más significativos en relación a lo esperado han sido:

- En Andalucía: El 12,10% son IPP sobre un esperado 6,00% (rc 4,3)
- En Aragón: El 89,70% son LPNI sobre un esperado 74,10% (rc 2,2).
- En Baleares: El 28,60% son IPT sobre un esperado 8,10% (rc 2,8).

- En Castilla la Mancha: El 55,30% son LPNI sobre un esperado 74,10% (rc -3). Las IPP son el 14,90% sobre un esperado 6,00% (rc 2,6) y las IPT son el 19,10% sobre un esperado 8,10% (rc 2,8).
- En Murcia los casos de sin secuelas son el 27,60% sobre el esperado 10,10% (rc de 5,5). Las LPNI son el 58,60% sobre un esperado 74,10% (rc -3,4)
- En la Comunidad Valenciana: El 3,90% son IPA sobre el esperado 0,70% (rc 5,1).
- En el País Vasco: En LPNI se obtiene un valor del 85,80% sobre el esperado 74,10% (rc 4,8), la IPP es del 2,10% sobre un esperado 6,00% (rc -2,9) y en IPT hay 1,80% sobre el esperado 8,10% (rc -4,2).

En la *enfermedad profesional*, la secuela más frecuente globalmente es la de lesiones permanentes no invalidantes en un 52,60%. La variabilidad es importante entre los grados de secuela y las comunidades autónomas. No hay ningún caso de GI.

1.2 Relación en la valoración del grado de secuela en el INSS según la Comunidad Autónoma

En *accidente de trabajo* la secuela más frecuente de forma global es la de lesiones permanentes no invalidantes con un 66,70%, aunque hay diferencias según la comunidad autónoma. Se recogen los datos en el gráfico 3 de forma porcentual para cada secuela en cada una de las Comunidades Autónomas. Los hallazgos más significativos en relación a lo esperado han sido:

- En Aragón: El 89,50% son LPNI sobre un esperado 66,70%.
- En Castilla la Mancha: El 38,90% son LPNI sobre un esperado 66,70%. Las IPT son el 37,00% sobre un esperado 15,50%.
- En Murcia los casos de sin secuelas son el 24,10% sobre el esperado 9,90%.
- En la Comunidad Valenciana: El 4,30% son GI sobre el esperado 1,10%.

En la *enfermedad profesional*, la secuela más frecuente es la de lesiones permanentes no invalidantes con un 41,20%. La variabilidad es importante entre los grados de secuela y las comunidades autónomas. No hay ningún caso de GI.

1.3 Relación en la valoración del grado de secuela por los Juzgados de lo Social según la Comunidad Autónoma

En *accidente de trabajo* la secuela más frecuente de forma global es la de lesiones permanentes no invalidantes en el 35,40%, aunque hay diferencias según la comunidad autónoma. Se recogen los datos en el gráfico 5 de forma porcentual para cada secuela en cada una de las Comunidades Autónomas. Los hallazgos más significativos en relación a lo esperado han sido que hay una gran variabilidad entre la valoración del grado y la comunidad autónoma. No ha llegado a esta instancia ningún caso de gran invalidez.

En *enfermedad profesional*, la secuela más frecuente globalmente es la de lesiones permanentes no invalidantes en un 40,60%, aunque hay diferencias según la comunidad autónoma. Se recogen los datos en el gráfico 6 de forma porcentual para cada secuela en cada una de las Comunidades Autónomas. Los hallazgos más significativos en relación a lo esperado han sido que hay una gran variabilidad entre la valoración del grado y la comunidad autónoma. No ha llegado a esta instancia ningún caso de gran invalidez.

1.4 Relación en la valoración del grado de secuela por los Tribunales Superiores de Justicia según la Comunidad Autónoma

En *accidente de trabajo* la secuela más frecuente globalmente es la de lesiones permanentes no invalidantes en el 37,50%, aunque hay diferencias según la comunidad autónoma. Se recogen los datos en el gráfico 7 de forma porcentual para cada secuela en cada una de las Comunidades Autónomas. Los hallazgos más significativos en relación a lo esperado han sido que hay una gran variabilidad entre la valoración del grado y la comunidad autónoma. No ha llegado a esta instancia ningún caso de IPA ni de gran invalidez.

En *enfermedad profesional* la secuela más frecuente es la de lesiones permanentes no invalidantes en un 47,20%, aunque hay diferencias según la comunidad autónoma. Se recogen los datos en el gráfico 8 de forma porcentual para cada secuela en cada una de las Comunidades Autónomas. Los hallazgos más significativos en relación a lo esperado han sido que hay una gran variabilidad entre la valoración del grado y la comunidad autónoma. No ha llegado a esta instancia ningún caso de IPA ni de gran invalidez.

2. Estudio comparativo entre la Mutua y el INSS en cada grado de secuela según la Comunidad Autónoma

Se compara en cada grado de secuela la propuesta de la Mutua y la resolución del INSS en el accidente de trabajo, poniendo como filtro una barra de variación de un 5% en más o menos como margen aceptable y se comprueba en cada grado:

- a) Sin secuelas: Bastante similar para ambos estamentos, no sobrepasando una diferencia mayor del 5% en ninguna comunidad a excepción de la Rioja que es de un 5,90%.
- b) Lesiones permanentes no invalidantes no sobrepasa el 5% en Aragón, Cantabria, Comunidad Valenciana, Rioja y Navarra. En el resto supera el 5% e incluso el 10% en las comunidades de Andalucía con una diferencia del 10,30%, en Baleares el 11,40%, en Canarias 11,70% y en Castilla la Mancha el 16,4%.
- c) Incapacidad permanente parcial es también bastante similar con diferencias menores al 5% excepto en Andalucía con un 5,30% y sobretodo en Baleares con un 13,30%.
- d) Incapacidad permanente total hay diferencias mayores del 5% en Andalucía, Baleares, Castilla la Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y Murcia. La mayor diferencia es en Castilla la Mancha en la que llega al 17,90%, en Navarra con el 13,80%, Andalucía con el 12,70 y en Baleares con el 8,60%.
- e) Incapacidad permanente absoluta las diferencias son mínimas en todas las comunidades excepto en Baleares que es del 6,70%.
- f) Gran invalidez es similar en todas las Comunidades, la mayor diferencia es en la comunidad Valenciana y es del 1,70%.

Por lo que podemos concluir que la región geográfica no tiene apenas influencia en sin secuelas, incapacidad permanente parcial e incapacidad permanente absoluta; mientras que en lesiones permanentes no invalidantes y en incapacidad permanente total sí que hay diferencia en múltiples Comunidades.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el estudio de la relación o influencia de la **Comunidad Autónoma** con los grados de secuelas según la legislación laboral en cada uno de los estamentos se observa como más significativo en relación a lo esperado:

En las propuestas de **MC-Mutual** en el **accidente de trabajo**: El menor número de casos de LPNI en Castilla la Mancha, y de IPT en el País Vasco. El mayor número de casos de sin secuelas en Murcia, de LPNI en Aragón y País Vasco, la IPP en Andalucía, de IPT en Castilla la Mancha y de GI en la Comunidad Valenciana. En **enfermedad profesional** la variabilidad es importante.

Para las **resoluciones del INSS** en **accidente de trabajo**: El menor número de casos de LPNI en Castilla la Mancha y de IPT en el País Vasco. El mayor número de casos de sin secuelas en Murcia, de LPNI en el País Vasco, de IPT en Castilla la Mancha, y de GI en la Comunidad Valenciana. En **enfermedad profesional** la variabilidad es importante.

En las **sentencias de los Juzgados de lo Social** se observa en el accidente de trabajo una gran variabilidad y es todavía mayor en la enfermedad profesional. No hay ninguna sentencia de gran invalidez.

En las **sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia** se observa en el accidente de trabajo una gran variabilidad y no hay sentencias de GI. En la enfermedad profesional la variabilidad es todavía mayor y no hay sentencias ni de IPA ni de GI.

Al comparar la valoración del grado de secuela **entre la Mutua y el INSS** y estableciendo una diferencia de un 5% hacia más o hacia menos; que se considera aceptable; se observa que en accidente de trabajo no tiene apenas influencia en sin secuelas excepto en la Rioja, en incapacidad permanente parcial a excepción de Baleares, en la incapacidad permanente absoluta también a excepción de Baleares y en la gran invalidez no hay diferencia entre las Comunidades Autónomas. En las lesiones permanentes no invalidantes y en incapacidad permanente total sí que hay diferencia en múltiples Comunidades.

Como conclusión, en la valoración de las secuelas en relación a la zona geográfica, se observa variabilidad según la Comunidad Autónoma y los diferentes estamentos, siendo mayor en los estamentos judiciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación de Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social en página web www.amat.es.
2. Decreto 2065/1974 de 30 de mayo por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, BOE 20/07/74.
3. Ley 24/1972, de 21 de junio, de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora del Régimen General de la Seguridad Social, BOE 22/06/72.
4. Ley 4/1990, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado, BOE 30/06/90.
5. Ley 24/1997 de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del sistema de Seguridad Social, BOE 16/07/97.
6. Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, BOE 27/11/92.
7. Ley 38/1988, de 28 de diciembre de Demarcación y de Planta Judicial, BOE 30/12/88.
8. Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, BOE 05/12/07.
9. Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, BOE 19/08/95
10. Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, BOE 02/07/85.
11. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Seguridad Social en www.seg-social.es
12. Ministerio de Justicia en www.mjusticia.gob.es
13. Orden de 18 de enero de 1996 para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, BOE 26/01/96.
14. Orden de 5 de abril de 1974 por la que se determina el baremo de las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidante, BOE 18/04/74.
15. Orden TAS/1040/2005, de 18 de abril, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes, BOE 22/04/95.
16. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, BOE 19/12/06.
17. Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de Orden social, BOE 19/08/95.

18. Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre Colaboración en la Gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, BOE 12/12/95.
19. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de Seguridad Social, BOE 29/06/94.
20. Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 abril 1995, que aprueba el texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral, BOE 11/04/95.

MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

Estudio de la relación de la profesión con el grado de secuela, en la contingencia profesional según los diferentes estamentos involucrados, dentro de la legislación laboral

Luis Jesús Sánchez-Elvira Muñoz¹, M.º José Aguado Benedí²

1. Servicio de peritación médica. Departamento de supervisión médica de contingencias profesionales de MC-Mutual.

2. Inspección médica INSS. Departamento de toxicología y legislación sanitaria de la Universidad Complutense de Madrid.

Resumen

El estudio de la profesión en 2367 casos de MC-Mutual, que por contingencia profesional han sido alta con tramitación de informe-propuesta clínico-laboral, ha puesto de manifiesto, que cualquier profesión puede dar lugar a diferentes grados de secuela, en las propuestas de la Mutua, en las resoluciones del INSS, en las sentencias de los Juzgados de lo Social y en las sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia. Por lo que no hay relación directa entre la profesión del paciente con el grado de secuela valorada por los diferentes estamentos.

Palabras clave: Secuelas. Legislación laboral. MC-Mutual. Mutuas de AT y EP. INSS. Juzgado de lo Social. Tribunal Superior de Justicia. Profesiones.

Abstract

The study of the profession in 2367 cases of MC-Mutual, which contingency have been professional in handling proposal-report clinical-work, has shown that any profession can lead to different degrees of sequel, proposals Mutual, resolutions INSS in the judgments of the Courts and Social judgments of the High Courts of Justice. As there is no direct relationship between the profession of the patient with the degree of sequel valued by different stakeholders.

Keywords: Sequelae. Labor legislation. MC-Mutual. Mutual AT and EP. INSS. Labour Court. Superior Court. Professions.

INTRODUCCIÓN

Para clasificar la profesión se ha realizado según el código CNAE, que figura en el parte de accidente o en el parte de enfermedad profesional. Dicho código consta de cinco dígitos, los dos primeros corresponden a la profesión de un modo más general y con los tres siguientes se especifica más la misma. Se tendrán en cuenta los dos primeros dígitos del código para agrupar profesiones ya que de tomar los cinco dígitos tendríamos una gran dispersión de datos. Se estudian las profesiones más frecuentes del total de los 2.367 casos, por lo que para que sea significativo se estudian aquellas que tengan más de un 5% de casos.

MATERIAL Y MÉTODO

Partiendo de la base de datos de MC-Mutual se analizan todos los casos que han sido alta laboral en el año 2007 con tramitación de informe propuesta clínico-laboral. Son 2.367 casos; las variables a estudiar en cada caso son: la contingencia profesional, la propuesta de MC-Mutual, la Resolución del INSS, la Sentencia de los Juzgados de lo Social (JS), la Sentencia de los Tribunales Superiores de Justicia (TSJ) y el código CNAE con su descripción. El programa estadístico usado para realizar los cruces de las variables ha sido el SPSS.

OBJETIVO

El objetivo del estudio es estudiar la relación de la profesión con el grado de secuela, dentro de la legislación laboral entre los diferentes estamentos.

RESULTADOS

Se cruzan los datos de los diferentes grados de secuelas con la profesión, para cada una de las contingencias y para cada uno de los cuatro estamentos.

1. Relación de los grados de secuelas con la profesión en el accidente de trabajo

En el accidente de trabajo se constata que los 2.209 casos se reparten entre 62 profesiones diferentes. Se estudian las profesiones que tienen más de un 5% de casos, siendo cuatro las profesiones que reúnen este requisito, la construcción (29,37%), otras actividades empresariales, (10,09%), fabricación de productos metálicos (6,02%) y hostelería (5,34%). Se estudia que grados de secuelas hay para cada una de estas profesiones por parte de cada uno de los cuatro estamentos. Posteriormente se estudian las profesiones que tienen más de 25 casos por si hubiera alguna que tuviera exclusividad de grado de secuela.

1.1 La profesión de la construcción

MC-Mutual valora 613 casos, proporcionalmente se distribuyen las propuestas en los siguientes grados: 8% de sin secuelas, 71% de lesiones permanentes no invalidantes (LPNI), 8% de incapacidad permanente parcial (IPP), 10% de incapacidad permanente total (IPT), 2% de incapacidad permanente absoluta (IPA) y 1% de gran invalidez (GI).

El INSS valora 613 casos y resuelve los siguientes grados: 8% resoluciones de sin secuelas, 64% de LPNI, 5% de IPP, 20% de IPT, 2% de IPA y 1% de GI.

Los Juzgados de lo Social, valoran 141 casos. Las sentencias fallan los siguientes grados: 10% sentencias de sin secuelas, 33% de LPNI, 17% de IPP, 34% de IPT, 5% de IPA y 1% de GI.

Los Tribunales Superiores de Justicia valoran 40 casos. Las sentencias fallan los siguiente grados: 13% sentencias de sin secuelas, 37% de LPNI, 20% de IPP, 27% de IPT y 3% de IPA.

En esta profesión el grado de secuela más frecuente es el de las lesiones permanentes no invalidantes para la mutua (71%) y para el INSS (64%), aunque no es exclusivo ya que también hay el resto de los grados de secuelas. En los Juzgados de lo Social son casi igual las LPNI (33%) y las IPT (34%). En los Tribunales Superiores de Justicia son más frecuentes las LPNI (37%), seguido de las IPT (27%).

Por lo que se puede concluir que es una profesión en la que hay todos los posibles grados de secuelas para todos los estamentos.

1.2 Para la profesión de otras actividades empresariales

Lo primero que hay que mencionar es la gran diversidad de actividades que abarca, desde actividades jurídicas, contabilidad, arquitectura e ingeniería, publicidad, limpieza y seguridad entre otras.

MC-Mutual valora 211 casos, proporcionalmente se distribuyen las propuestas en los siguientes grados: 14,22% de sin secuelas, 74,88% de LPNI, 4,74% de IPP, 5,21% de IPT, 0,47% de IPA y 0,47% de GI.

El INSS valora 217 casos y resuelve los siguientes grados: 13,82% resoluciones de sin secuelas, 68,20% de LPNI, 3,69% de IPP, 11,98% de IPT, 1,84% de IPA y 0,46% de GI.

Los Juzgados de lo Social, valoran 41 casos. Las sentencias fallan los siguientes grados: 14,63% sentencias de sin secuelas, 39,02% de LPNI, 7,32% de IPP, 31,71% de IPT y 7,32% de IPA.

Los Tribunales Superiores de Justicia valoran 9 casos. Las sentencias fallan los siguientes grados: 60% sentencias de LPNI, 10% de IPP y 30% de IPT.

En la valoración de cada estamento en el grado de secuela se observa gran similitud entre la mutua y el INSS, las LPNI son las más frecuentes (74,88% para la Mutua y el 68,20% para el INSS) pero no es exclusivo ya que hay también hay el resto de los posibles grados de secuelas. En los Juzgados de lo Social y en los Tribunales Superiores de Justicia también son las LPNI lo más frecuente (39,02 para los JS y el 60% para los TSJ), hay diferente porcentaje en el resto de grados y tampoco hay exclusividad de un grado de secuela.

1.3 La profesión de fabricación de productos metálicos

MC-Mutual valora 127 casos, proporcionalmente se distribuyen las propuestas en los siguientes grados: 6% de sin secuelas, 80% de LPNI, 2% de IPP y 11% de IPT y 1% de GI.

El INSS valora 129 casos y resuelve los siguientes grados: 6% resoluciones de sin secuelas, 73% de LPNI, 6% de IPP, 13% de IPT, 1% de IPA y 1% de GI.

Los Juzgados de lo Social, valoran 21 casos. Las sentencias fallan los siguientes grados: 14% sentencias de sin secuelas, 38% de LPNI, 14% de IPP, 29% de IPT y 5% de IPA.

Los Tribunales Superiores de Justicia valoran 6 casos. Las sentencias fallan los siguientes grados: 50% sentencias de LPNI, 33% de IPP y 17% de IPA.

En esta profesión lo más frecuente es lesiones permanentes no invalidantes para los cuatro estamentos, aunque no es exclusivo, ya que también hay el resto de los grados de secuelas.

1.4 La profesión de hostelería

MC-Mutual valora 112 casos, proporcionalmente se distribuyen las propuestas en los siguientes grados: 8,93% de sin secuelas, 78,57% de LPNI, 5,36% de IPP y 7,14% de IPT.

El INSS valora 118 casos y resuelve los siguientes grados: 11,86% resoluciones de sin secuelas, 64,49% de LPNI, 5,93% de IPP y 12,71% de IPT.

Los Juzgados de lo Social, valoran 25 casos. Las sentencias fallan los siguientes grados: 16% sentencias de sin secuelas, 44% de LPNI, 20% de IPP y 20% de IPT.

Los Tribunales Superiores de Justicia valoran 7 casos. Las sentencias fallan los siguientes grados: 14,29% de sin secuelas, 57,14% de LPNI y 28,57% de IPP.

Lo único coincidente para los cuatro estamentos es que no hay casos de gran invalidez ni de incapacidad permanente absoluta, aunque sí el resto de los grados, siendo el más frecuente el de lesiones permanentes no invalidantes.

Lo único común es que no hay casos de gran invalidez ni de incapacidad permanente absoluta aunque sí el resto de los grados, siendo el más frecuente el de lesiones permanentes no invalidantes.

1.5 Valorando el resto de profesiones que presentan más de 25 casos

Al cruzar los datos de los diferentes grados de secuelas se comprueba que hay una gran heterogeneidad y no hay exclusividad de ningún grado de secuela.

Por lo tanto se puede concluir que en la contingencia de accidente de trabajo, una misma profesión puede dar lugar a diferentes grados de secuela y con diferentes valoraciones por cada estamento.

2. Relación de los grados de secuelas con la profesión en la enfermedad profesional

En la contingencia de enfermedad profesional se constata que hay 151 casos que se reparten entre 35 profesiones diferentes. Vamos a estudiar que grados de secuelas hay para las profesiones más frecuentes por parte de cada uno de los cuatro estamentos. Como se mencionaba en la introducción de este capítulo se van a considerar los dos primeros dígitos del código CNAE para evitar la excesiva dispersión de los datos.

Las profesiones más frecuentes en la enfermedad profesional que sobrepasan los 10 casos son: Fabricación de otros productos de minerales no metálicos (código CNAE 26) con 17 casos que representa en 10,75%, seguido de la construcción (código CNAE 45) con 13 casos que representa el 8,22% y la profesión de fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques (código CNAE 34) con 11 casos, representando el 6,96%. El resto no se considera representativo por el escaso número de casos.

2.1 La profesión más frecuente es la de la fabricación de otros productos de minerales no metálicos

Esta profesión abarca desde fabricación de vidrio, productos cerámicos, azulejos baldosas, cemento, cal, yeso y piedra así como otros.

MC-Mutual valora 17 casos, proporcionalmente se distribuyen las propuestas en los siguientes grados: 25,53% de sin secuelas, 17,65% de LPNI, 52,94% de IPT, y 5,88% de IPA.

El INSS valora 17 casos y resuelve los siguientes grados: 11,76% resoluciones de sin secuelas, 17,65% de LPNI, 52,94% de IPT y 17,65% de IPA.

Los Juzgados de lo Social, valoran 6 casos. Las sentencias fallan los siguientes grados: 33,33% de LPNI y 66,67% de IPT.

A los Tribunales Superiores de Justicia no llega ningún caso.

Se evidencia que no hay ninguna incapacidad permanente parcial ni gran invalidez en ningún estamento. No hay ningún caso que haya llegado a los Tribunales Superiores de Justicia. El grado más frecuente es el de incapacidad permanente total para todos los estamentos.

2.2 En la profesión de la construcción

MC-Mutual valora 9 casos, proporcionalmente se distribuyen las propuestas en los siguientes grados: 66,67% de LPNI y 33,33% de IPT.

El INSS valora 13 casos y resuelve los siguientes grados: 46,15% de LPNI, 46,15% de IPT y 7,69% de IPA.

Los Juzgados de lo Social, valoran 3 casos siendo todas las sentencias de IPT.

Los Tribunales Superiores de Justicia valoran 2 casos. Las sentencias fallan los siguientes grados: 50% sentencias de LPNI y 50% de IPT.

No hay ni grandes inválidos, ni incapacidad permanente parcial ni sin secuelas en ningún estamento.

2.3 En la profesión de la fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques

MC-Mutual valora 10 casos, proporcionalmente se distribuyen las propuestas en los siguientes grados: 30% de sin secuelas, 40% de LPNI, 20% de IPP y 10% de IPT.

El INSS valora 11 casos y resuelve los siguientes grados: 18% de sin secuelas, 36% de LPNI, 37% de IPT y 9% de IPA.

Los Juzgados de lo Social, valoran 4 casos siendo todas las sentencias de IPT.

Los Tribunales Superiores de Justicia valoran 3 casos. Las sentencias fallan los siguientes grados: 25% de sin secuelas, 50% de IPP y 25% de IPT.

Se observa que no hay grandes inválidos en ningún estamento.

En el resto de las profesiones el número de casos es menor de 10 por lo que es mucho menos valorable.

Por lo tanto la única coincidencia que hay en las tres profesiones más frecuentes es que no hay gran invalidez, para comprobar si esto sucede en todas las profesiones en esta contingencia de enfermedad profesional, se filtra este grado de secuela y se observa que no hay ninguna enfermedad profesional en ninguna profesión que produzca gran invalidez.

Por todo esto se puede concluir que en enfermedad profesional una misma profesión puede dar lugar a diferentes grados de secuela y con diferentes valoraciones por cada estamento y lo único coincidente es que no hay ninguna profesión que por enfermedad profesional produzca gran invalidez en los casos estudiados.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el estudio de la **relación de la profesión del paciente con el grado de secuela** se ha comprobado que hay 62 profesiones diferentes, estudiando las que presentan más de un 5% de casos, para tener un número representativo, se observa en **accidente de trabajo que para cada profesión hay posibilidad de todos los grados posibles de secuela para cada uno de los estamentos**. Lo único coincidente es en la profesión de hostelería, que para ninguno de los cuatro estamentos hay incapacidad permanente absoluta ni gran invalidez.

Los casos de enfermedad profesional que han tenido secuelas se corresponden a 35 profesiones diferentes. Cada profesión puede dar lugar a diferentes grados de secuela. Lo

único coincidente en enfermedad profesional es que no hay ninguna profesión en la que la enfermedad profesional produzca gran invalidez.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación de Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social en página web www.amat.es.
2. Decreto 2065/1974 de 30 de mayo por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, BOE 20/07/74.
3. Ley 24/1972, de 21 de junio, de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora del Régimen General de la Seguridad Social, BOE 22/06/72.
4. Ley 4/1990, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado, BOE 30/06/90.
5. Ley 24/1997 de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del sistema de Seguridad Social, BOE 16/07/97.
6. Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, BOE 27/11/92.
7. Ley 38/1988, de 28 de diciembre de Demarcación y de Planta Judicial, BOE 30/12/88.
8. Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, BOE 05/12/07.
9. Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, BOE 19/08/95
10. Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, BOE 02/07/85.
11. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Seguridad Social en www.seg-social.es
12. Ministerio de Justicia en www.mjusticia.gob.es
13. Orden de 18 de enero de 1996 para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, BOE 26/01/96.
14. Orden de 5 de abril de 1974 por la que se determina el baremo de las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidante, BOE 18/04/74.
15. Orden TAS/1040/2005, de 18 de abril, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes, BOE 22/04/95.
16. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, BOE 19/12/06.
17. Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de Orden social, BOE 19/08/95.
18. Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre Colaboración en la Gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, BOE 12/12/95.
19. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de Seguridad Social, BOE 29/06/94.
20. Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril 1995, que aprueba el texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral, BOE 11/04/95.

II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social

Madrid, 7 y 8 de noviembre de 2013

Posters galardonados

Análisis de fraude a Seguridad Social en pacientes ITCC

Elisa Salazar González, Eva Tejero Sancho, Noelia Montesinos Fernández.

Incapacidad Laboral por IAM: ¿podrían cambiar nuestros criterios de valoración médica en la era de la reperfusión miocárdica?

Inés Pérez leal, Ana García Díaz, Rafael Hidalgo Urbano.

Análisis de fraude a Seguridad Social en pacientes con Incapacidad Temporal Contingencia Común (ITCC)

Elisa Salazar González, Eva Tejero Sancho, Noelia Montesinos Fernández

***Palabras clave:** fraude, inspección de trabajo, incapacidad temporal, contingencia común.*

OBJETIVOS

Analizar la eficacia de la derivación de pacientes en situación ITCC (Incapacidad temporal por contingencia común) por de sospecha de fraude a la seguridad social a Inspección de trabajo.

Detectar los casos con sospecha de fraude a la seguridad social: en régimen de autónomos por falta de actividad, alta fraudulenta o aumento de base reguladora previo a inicio de IT; y en régimen general por connivencia con la empresa.

Crear un perfil de paciente en el que los médicos valoradores sospechan actuación fraudulenta, así como analizar la evolución de las denuncias ante inspección de trabajo y la cantidad a reintegrar finalmente a la seguridad social.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han estudiado los 112 expedientes en situación de ITCC, un 0,2 % del total de procesos, en los que ha habido sospecha de actuación fraudulenta y se ha enviado una denuncia ante Inspección de trabajo, durante los años 2011 y 2012 de Maz Zaragoza.

Se ha realizado un estudio descriptivo sobre el perfil del paciente ante el que se sospecha el fraude (edad, sexo, régimen de cotización a la seguridad social, periodos de baja anteriores, diagnóstico de la baja médica actual); y se han analizado las resoluciones de inspección de trabajo así como el tiempo que tardan en ser resueltos y la cuantía económica que deben reintegrar a la seguridad social.

RESULTADOS

Del total de los 112 expedientes analizados se han obtenido estos resultados:

- Régimen agrario 8%, autónomo independiente 62%, autónomo empresario 18%, trabajador por cuenta ajena 13%.
- Sexo: hombre 59%, mujer 41%.
- Edad: 15% entre 30 y 40 años, 18% entre 40 y 50 años, un 29% entre 50 y 60 años, un 38% mayor de 60 años.
- Promedio de días de baja anteriores: 584,6 días.
- Diagnóstico de la baja: 31% causa psiquiátrica, 46% causa traumatológica, 10% otros, 13% órganos de los sentidos.
- Resolución de inspección de trabajo con una media de 152 días, en el 44 % de los casos se demuestra según dictamen el fraude a la seguridad social, en un 51 % de los casos no se demuestra y en un 5 % de los casos se encuentran aún sin resolver.

CONCLUSIONES

En el 44% de los expedientes enviados por sospecha de fraude, según dictamen de Inspección de trabajo, se ha podido demostrar el fraude. El total de la cantidad a reintegrar a la seguridad social es de 169.933€.

El perfil de los pacientes ante los que se ha sospechado fraude es varón, de edad > 50 años, autónomo independiente, en situación de incapacidad temporal con diagnóstico traumatológico y un promedio de días de IT anteriores de 584,6.

Los expedientes han sido resueltos por Inspección de trabajo en una media de 152 días.

Analysis of Social Security fraud in ITCC patients

Elisa Salazar González, Eva Tejero Sancho, Noelia Montesinos Fernández

Key words: *Fraud, inspection work, temporary disability, common contingency.*

OBJECTIVES

Analyze the effectiveness of referred patients in ITCC situation (Temporary Incapacity by Common Contingency) on suspicion of social security fraud by Labour Inspection.

Detect cases with suspected Social Security fraud: in self-employed scheme by lack of activity, fraudulent register, or increase of regulatory base prior to starting a period of IT; and in the general scheme with collusion with the company.

Create a patient profile in which physicians suspect fraudulent activity, as well as analyze the progress of reported cases to the Labour Inspectorate and the amount finally returned to the social security.

MATERIAL AND METHODS

112 ITCC records have been studied, a 0.2% of the total number of records, in which there has been suspected fraudulent action and a report sent to the Labour Inspection unit, for the years 2011 and 2012 Maz Zaragoza.

There has been a descriptive study on the patient profile of suspected fraud (age, sex, type of social security register, previous periods of sick leave and diagnosis of the current medical situation); and have analyzed the decisions of Labour Inspection, as well as the time it takes to be resolved and the amount to be paid back to the social security.

RESULTS

From a total of 112 records analyzed these results have been obtained:

- Agricultural system 8%, freelance 62%, self employed entrepreneur 18%, employed worker 13%
- Gender: male 59%, female 41%.
- Age: 15% 30 - 40 years old, 18% 40 - 50 years, 29% aged 50-60, 38% older than 60.
- Average of previous sick leave: 584,6 days
- Diagnosis of the sick leave: 31% psychiatric causes, 46% trauma causes, 10% others 13% sense organs.
- Resolution of Labour Inspection in an average of 152 days, showing fraud in 44% of cases, in 51% of cases not shown and in 5% of cases are still unresolved.

CONCLUSIONS

In 44% of the reported cases sent on suspicion of fraud, according to decision of Labour Inspection, fraud has been demonstrated. The total amount returned to the social security is €169.933.

The profile of the patients that have been suspected of fraud is male, aged > 50, independent self employed, in a situation of temporary disability with trauma diagnosis and an average of 584,6 days of previous sick leave of IT's.

The reported cases have been resolved by Labour Inspection in an average of 152 days.



Incapacidad laboral por Infarto Agudo de Miocardio (IAM). ¿Podrían cambiar nuestros criterios de valoración médica de la incapacidad laboral en la era de la reperusión miocárdica?

Inés Pérez leal, Ana García Díaz, Rafael Hidalgo Urbano

Agradecimientos: Briceño Procopio Francisco.

Resumen

Actualmente, el infarto agudo de miocardio (IAM) es una enfermedad con un alto grado de morbilidad y mortalidad, y es responsable de un gran porcentaje de incapacidades laborales. Se constituyó un equipo de investigación formado por la Unidad Médica de Evaluación de las Incapacidades Laborales del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y de la Unidad de Gestión Clínica del área de salud del Hospital "Virgen Macarena" de Sevilla. Con el objetivo de analizar el impacto en la salud y en la capacidad laboral del proyecto común para la atención del IAM con elevación del ST en Sevilla implantado desde enero de 2011. Este proyecto tenía los siguientes objetivos: analizar el aumento de la tasa global de reperusión y el porcentaje de angioplastias primarias realizadas, la disminución de la mortalidad general y la mejoría significativa en la función ventricular izquierda en pacientes que han sufrido un IAM. Basado en estos datos, se puede concluir que la mayoría de los pacientes que en la actualidad han sufrido un IAM en Sevilla van a estar en un grupo funcional 1 del manual de actuación de los médicos evaluadores del INSS, con buena función ventricular, buen pronóstico y bajo riesgo cardiovascular, y podrían reincorporarse a la vida laboral activa salvo determinadas y circunstancia de comorbilidad.

Palabras claves: IAM, Función Ventricular, Incapacidad Laboral.

Abstract

At present, acute myocardial infarction (AMI) is a disease with a high degree of morbidity and mortality and it is responsible of a high percentage of work disability. We form a joint team from the medical staff of the Seville Evaluation Unit of the Department of Social Security (INSS) and the clinical management unit from "Virgen Macarena" Health area in Seville. We have analyzed the health and working capacity impact of the Joint Project for the Care of AMI with ST elevation in Seville since January 2011. This project has the following aims: checking the rising reperfusion and primary angioplasties rates, the decline in overall mortality and a significant improvement in left ventricular function in patients who have suffered an AMI. Based on these dates, the majority of the patients who fulfill the project criteria are in a functional group 1 of the INSS medical disability handbook, with normal left ventricular function, good prognosis and low cardiovascular risk. These patients can be able to reinstate their usual working activities, except when certain comorbidity diseases are present.

Key words: AMI, Ventricular Function, Incapacity for work.

INTRODUCCIÓN

El IAM continúa siendo una patología con una morbimortalidad muy elevada y un alto porcentaje de discapacidad laboral. Las Terapias de Reperusión miocárdica han supuesto un considerable avance terapéutico en los países y áreas geográficas donde se ha desarrollado hay un impacto directo en los indicadores de salud.

OBJETIVOS

Analizamos en impacto del PROYECTO COMÚN PARA LA ATENCIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST EN SEVILLA, implantado desde enero 2011 y que presentido analizar el aumento de la tasa global de reperusión y el porcentaje de angioplastias primarias realizadas. Con los siguientes objetivos:

1. Análisis de la mortalidad global.
2. Análisis del porcentaje de pacientes que resultaban con función ventricular izquierda conservada y el porcentaje de pacientes que resultaban con disfunción ventricular izquierda severa.
3. Concienciar a los profesionales médicos evaluadores del INSS, en base a los datos obtenidos, que puede ser necesario cambiar la valoración de la capacidad laboral tras un IAM.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el año 2010 se creó un grupo de trabajo con la participación activa de todos los dispositivos sanitarios que participan en la atención al IAM en la provincia de Sevilla (Hospitales de 1.º, 2.º y 3.º nivel, el "061", DCU (Dispositivos de Cuidados Críticos) y Urgencias Hospitalarias). Fruto del mismo se creó un proyecto común para la atención del IAM con elevación del ST en toda la provincia.

Se utilizó como medida del Registro ARIAM. Analizándose la evolución de la Terapia de Reperusión aplicada desde el año 2009 hasta el año 2012 en la provincia de Sevilla, así como la tasa de Reperusión global en ambos periodos de tiempo.

Se analizó también el Impacto que este Programa de Reperusión tuvo sobre la mortalidad global, el porcentaje de pacientes con Función ventricular izquierda preservada y el porcentaje de pacientes con disfunción ventricular izquierda severa.

RESULTADOS

- La tasa de NO reperfundidos ha disminuido desde el año 2009-2012, del 27.3% al 8.8%.
- Paralelamente la tasa de Angioplastias Primarias (ACTP) aplicada se ha aumentado del 51% al 77,4%.
- Hemos podido medir, en base a los datos del Registro ARIAM, el indicador de salud más duro, comprobando que se ha producido una disminución de la mortalidad del 40%.
- Así como se ha producido un Impacto de mejora en la función ventricular izquierda (FEVI) que es el mejor indicador pronóstico y de capacidad funcional, pasando del 60,2% al 74,5% de los pacientes con FEVI > 50%. Y una disminución del porcentaje de pacientes con disfunción ventricular severa, pasando del 4,1% al 1,6%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- En la era de la Reperusión, la aplicación en la provincia de Sevilla de un Programa de Reperusión Activo, ha supuesto una disminución de la mortalidad y una mejor importante de la FEVI de los pacientes que han sufrido un IAM.
- Ello implicaría que la mayoría de los pacientes que en la actualidad han sufrido un IAM en la provincia de Sevilla van a estar en un grupo funcional 1 del Manual de Actuación de los médicos evaluadores del INSS. Con buena función ventricular, buen pronóstico y bajo riesgo.
- La mayoría de los pacientes que en la actualidad han sufrido un IAM podrían reincorporarse a la vida laboral activa, salvo determinadas y especiales circunstancias de comorbilidad.
- De esto se deriva una disminución de las Incapacidades Permanentes Totales, así como las Incapacidades Permanentes Absolutas (el haber disminuido el número de pacientes con disfunción ventricular izquierda severa).
- También con esta estrategia de Reperusión se deberían disminuir los tiempos en Incapacidad Laboral Temporal (IT).

Queda pendiente de valorar, si la aplicación sistemática de los nuevos Programas de Reperusión como el que se presenta, están suponiendo un Cambio en la valoración Médica de la Incapacidad Laboral de los pacientes que han sufrido un IAM.



II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social

Madrid, 7 y 8 de noviembre de 2013

Conclusiones

PONENTE:

José Manuel Vicente Pardo

Presidente del II Congreso de Médicos Inspectores de la Seguridad Social.

Propuestas de las mesas y del debate de cada una de ellas

José Manuel Vicente Pardo

Presidente del II Congreso de Médicos Inspectores de la Seguridad Social.

Correspondencia

jose-manuel.vicente@seg-social.es

Los cambios normativos han posibilitado la adecuación de las situaciones de IT (Incapacidad Temporal) o de IP (Incapacidad Permanente) a lo que está establecido para ellas, así mismo han contribuido a la sostenibilidad del sistema, a la mejora del déficit estructural y a preservar la protección a los trabajadores afectados por el infortunio de la incapacidad que el sistema de seguridad social les otorga.

No obstante lo cual se hace preciso **mayor unificación de criterios** para evitar las diferencias territoriales que se dan en la valoración de la incapacidad, **evitando las diversidades entre “controladores”** a nivel personal o de instituciones, pues no en vano la valoración debe de tener un abordaje individual en la individualidad del paciente, de su trabajo y del proceso que en un momento se manifiesta con expresión incapacitante, pero no debe haber variabilidad cuando abordamos el mismo proceso o la misma situación.

Se hace necesario **una mejor coordinación y relación entre los distintos agentes e interlocutores en la incapacidad, integrando los diversos estamentos implicados en la gestión y control de la misma**, para evitar la dispersión pericial, fortaleciendo el ámbito de decisión y estableciendo cambios normativos en cuanto a los procedimientos y protocolos clasificatorios que ayuden a evitar la desigualdad valoradora y judicial consecuente.

Se constata el **desajuste entre el marco teórico de la evaluación respecto del práctico**, sigue siendo necesario una **herramienta precisa y de uso generalizado** común en la **valoración de los requerimientos**.

Es preciso un **cambio normativo** en los **mecanismos de control de la incapacidad temporal**, que ayuden a la mejor adecuación de las situaciones desde el **seguimiento clínico laboral efectivo, determinando las actuaciones de control y seguimiento**, y la **asignación de competencias específicas a cada entidad** o estamento responsable, con **procedimientos más ágiles y sin solapamientos estructurales**, una mejor **fluidez y acceso a la historia clínica** y efectuar **cambios de la capacidad decisoria de las entidades o instituciones activas en la gestión de la incapacidad** con una **mejor utilización de sus mecanismos y recursos de control, mejorando el intercambio de datos y el acceso a archivos documentales médica** y entre los diversos agentes, con ajuste y actualización la comunicación telemática que posibiliten un conocimiento inmediato de las situaciones clínicas y evolutivas de los pacientes y de las decisiones clínico-laborales que sobre las situaciones de incapacidad se promuevan.

Integración de los ámbitos sanitario asistenciales, preventivo laborales y de gestión-inspección de la incapacidad laboral. Acabar con las dificultades de acceso a la información clínica de los servicios públicos de salud, y acceder a la información clínica de las mutuas, acabar con la duplicidad en la realización de pruebas de SPS y Mutuas, **utilización de los recursos sanitarios de las mutuas que pudieran aminorar las listas de espera** pacientes en IT en los SPS tanto para pruebas como para tratamientos.

Modificación estructural de las acciones controladoras, la tipificación de sus repuestas, sus correspondencias y sus primacías entre la Inspección de los SPS, y las Mutuas, en la gestión clínico laboral de los **procesos de IT en base criterios médico evaluadores** sin subrogaciones o dependencias, sino determinación de competencias en búsqueda de la **armonización**, la **participación activa con integración y coordinación de sus actuaciones**, enmarcando sus responsabilidades acordes a la situación actual, superando antiguos escenarios derivados de los cambios y ampliación en las entidades de control y la convergencia conflictiva y desordenada de sus capacidades competenciales.

Mejora del clima de confianza entre instituciones. Fomentar el trabajo conjunto y compartido entre interlocutores presentes en el seguimiento, control y gestión de la IT.

Mayor y más preciso conocimiento de las características del trabajo del trabajador en situación de valoración de la capacidad/incapacidad laboral.

Una opción podría ser la utilización del conocimiento más concreto del trabajo que realiza el trabajador en baja que tienen las mutuas, respecto del no conocimiento real que se tiene desde el SPS.

Es necesario un **cambio normativo respecto en la gradación de la incapacidad permanente (Incapacidad Permanente Parcial y Incapacidad Permanente Total).**

Que suponen un **anacronismo** en su **valoración incierta y sin método objetivo** en el caso de la **Incapacidad Permanente Parcial.**

Cambio y redefinición del obsoleto referente a la **Profesión Habitual** en la Incapacidad Permanente Total. Un cambio por tanto en la conceptualización del término profesión habitual y de la valoración de la capacidad laboral respecto de grupos profesionales con mismas capacidades funcionales necesarias o aquellas del mismo grupo de requisitorias profesionales.

Tal vez incluso **modificación del actual concepto Incapacidad Permanente Total** de dejar de ser una Incapacidad Permanente para ser una prestación temporal de ayuda en un periodo a determinar salvo determinadas situaciones de sobrepasar una edad o derivar de contingencia profesional. Evitando la conflictividad y controversia en situaciones de IPT con prestación de actividad de parecidas exigencias.

Cambio normativo del sistema clasificador de la **Incapacidad Permanente** con mayor impronta y participación del ámbito de la prevención y de la medicina del trabajo.

Fomentar el diálogo clínico entre los profesionales y desarrollar estrategias de mejora en la medicina evaluadora, y el entorno sanitario y laboral que la rodea.

Implantar programas de actuación, seguimiento y controles de la IT específicos y conjuntos, que faciliten las actuaciones respecto de situaciones de difícil manejo.

Aumentar la formación en medicina evaluadora de todos los participantes en la valoración médica, sobre todo de aquellos no específicamente formados en esta materia, como son los médicos de los servicios públicos de salud, porque se comprueba que a mayor conocimiento entre las partes, mayor conocimiento conceptual y de la práctica valoradora, mejor compenetración y mejor y más responsable seguimiento y valoración de las situaciones de incapacidad.

Fomento de la investigación en materia de valoración médica en el ámbito de la seguridad social, que es la única manera de desarrollar políticas de mejora en la gestión de la misma, basadas en el conocimiento científico de situaciones.

Sensibilizar a la población general y disminuir el nivel de tolerancia y permisividad frente al abuso en y de la IT.

Aplicación de recursos informáticos a la gestión y control para favorecer la efectividad en el control, ajustar su duración y evitar el fraude, que es toda prolongación indebida de una baja.

La informática es una herramienta ideal para el intercambio de datos clínicos sobre los que descansar las actuaciones en el control de la IT. Facilitan información al médico tanto de atención primaria, como de las inspecciones médicas o de los médicos de las mutuas, y son imprescindibles para una adecuada toma de decisiones tanto en el inicio de la baja como en su mantenimiento o alta.

Mediante aplicativos informáticos puede concentrarse la diversa información y los avisos automáticos en cuanto a duración, controles o situaciones previas.

De la misma manera se comprueba que proyectos que además de esta medida incluyen mayor y más directa información al ciudadano favorecen la adecuación de los procesos a corta estancia, evitando su prolongación y enquistamiento en estas situaciones de difícil resolución posterior.

El **intercambio de información médica** entre los diversos agentes implicados permite conocer mejor la individualidad de cada caso, favorece la concordancia en las decisiones, nos acerca al **concepto de control efectivo clínico laboral** interviniendo cuando es el momento preciso, y nos acerca al conocimiento completo de la salud laboral del trabajador en cada momento.

La **gestión eficaz de la IT** debe descansar sobre modelos de gestión de recursos diagnósticos y terapéuticos para una rápida valoración diagnóstica y un tratamiento en tiempo y forma en pacientes en baja, con acceso compartido a los historiales clínicos, mejorando la asistencia sanitaria, la agilidad en la gestión y las expectativas del paciente, los profesionales y el sistema en su conjunto.

Se debe priorizar la realización de pruebas complementarias o la realización de procedimientos quirúrgicos, con reducción de las listas de espera, en base a una **utilización mejorada de recursos sanitarios** y prestacionales, sobre la equidad que debe primar en el manejo de recursos públicos, que es dar a cada cual lo que le corresponde que no dar a todos por igual o ser complaciente. Fomentar la responsabilidad en la toma de decisiones sobre los conocimientos más completos de las situaciones.

Realizar **actuaciones específicas en los procesos más incidentes en la incapacidad** como son las patologías mentales y los trastornos músculo-esqueléticos.

Los **programas de atención temprana en patología osteomioarticular** con intervención inmediata y especializada y manejo clínico protocolizado sobre la base de educación al paciente consiguen reducción del gasto en recursos sanitarios diversos y aminoran de forma efectiva la duración y por tanto el coste en IT.

El **abordaje de la patología psiquiátrica menor o común** que es la más frecuente en consumo de IT debe hacerse en **base a la repercusión funcional** de los mismos tanto en lo cualitativo como en lo cuantitativo, diferenciando los procesos psiquiátricos patológicos de los procesos de sufrimiento vital, con una protocolización de la valoración de la dimensión psíquica funcional y en defensa de la mejor alianza terapéutica que es actuar como procede, evitando psiquiatrizar lo cotidiano.

Si bien se observa una progresiva reducción del gasto en prestaciones de IT en los últimos años que responden a la crisis, a la reducción de la población protegida, a la menor incidencia y a la eficacia de las medidas de control, se hace preciso abordar actuaciones para una mejor respuesta a las presiones al alza cíclicas en el gasto cuando se recupere el empleo.

Se comprueba que el **conocimiento de la situación de IT** y sus derivas debe hacerse con estudio de **múltiples factores, no sólo los del coste económico**, y hacerlo de forma transversal, **incluyendo relaciones múltiples de elementos circunstanciales** de edad, sexo, sectores de actividad, tipo de trabajos, patologías primarias y secundarias, limitaciones funcionales, procesos sanitarios previos, pormenorización de días de baja por proceso específico, estudio de absentismo por enfermedades agrupadas por criterios comunes diversos, atención sanitaria prestada, antecedentes sanitarios previos, contingencia, motivación, cargas familiares, sector de población, comparación de datos

geográficos, nivel económico, tamaño de empresas, antigüedad, modalidad de contrato, régimen al que pertenece, etc.

La prescripción de la IT debe basarse en criterios sanitarios y laborales, utilizando criterios de calidad y eficiencia y con la colaboración todas las entidades comprometidas.

El **coste social y económico** obliga a una **adecuación del marco normativo en IT**, valorando la trascendencia del mismo respecto del acondicionamiento de las situaciones y el ajuste económico del gasto que procede.

Ha de **valorarse tanto lo que propicia la ausencia del trabajo, como su mantenimiento y el retorno laboral** desde la perspectiva de un **marco común** de actuación sobre la **salud laboral**.

Unificación de criterios, actuación especial en procesos más incidentes. Circuitos internos entre inspección, atención especializada y atención primaria para intercambio de información clínica.

Incentivar la realización de proyectos de investigación sobre el comportamiento de la IT e IP y factores implicados, para conociéndolos impulsar cambios en la gestión. Así como de **protocolos y metodologías en valoración** de las **capacidades funcionales del trabajador y de los requerimiento laborales**

La Valoración Médica de los Requerimientos, no puede estar ajena a factores de edad que condicionan los mismos, en una población laboral envejecida, sin descuidar otros factores como el cambio en los procesos industriales, en los nuevos servicios tecnológicos y en el mercado laboral en conjunto.

Es preciso **generar instrumentos útiles y eficaces en la gestión de la capacidad/incapacidad laboral, buscando la reinserción laboral**, procediendo a adecuar el trabajo al trabajador.

Consensuar criterios y metodología, disponer de intercambio de información cualificada entre las partes para disminuir la variabilidad en la toma de decisiones.

Establecer tanto protocolos de valoración funcional homogéneos como instrumentos de análisis ocupacionales eficaces y de uso normalizado.

Especial atención a la valoración de los requerimientos psíquicos, y a los aspectos actitudinales tanto como a los de aptitud.

Sin olvidar que la correcta cumplimentación de la historia clínico laboral es el mejor instrumento para la valoración médica.

Avanzar en los instrumentos que nos permitan conocer la realidad del trabajo que se desarrolla, por encima de una valoración genérica o referida.

Integración del ámbito de la prevención y la medicina del trabajo y sus profesionales médicos en el ámbito de decisión en materia de valoración de la incapacidad de en seguridad social.

La **Historia Laboral única** debe recoger todos los aspectos del enfermar, y de la salud del trabajador, integrando tanto la salud laboral, como la ambiental, como hábitos de vida, así como procesos de enfermedad o de accidente sufridos, y las diversas exposiciones sufridas a lo largo de la vida.

Deben de evitarse intermediarios en la información, establecer estructura normalizada que haga factible la **comunicación directa, formalizada y fluida entre los interlocutores** para la responsable toma de decisiones, máxime en el conocer la capacidad del trabajo por conocer las capacidades requeridas en el puesto de trabajo.

Se propone **cambiar el término del parte de Incapacidad** por el de **Capacidad para el Trabajo**, pero para ello se debe conocer de forma expresa las tareas.

Confluencia y confianza entre MAP SPS INSS Mutuas y medicina del trabajo.
Ser conscientes que el trabajador abandona el puesto de trabajo para tener que ser reevaluado al retorno al mismo.

Especial cuidado en **potenciar los vínculos, compartir información y las acciones de participación** de los dos extremos médicos del circuito de la IT su inicio y la vuelta al trabajo, es decir del **médico de primaria con conocimiento del devenir clínico del paciente** y las del **médico del trabajo** en cargado de la **prevención** y la **vigilancia** de la salud, con una participación de este último más directa en el **ámbito de decisión al disponer de información** sobre el **trabajador y el puesto de trabajo** relevancia para la valoración de la capacidad/incapacidad laboral.

Valorar tanto el carácter prestacional como el preventivo que conlleva la evaluación de la capacidad laboral. Integración de las actuaciones del sistema de seguridad social, el sistema nacional de salud y el sistema de prevención de riesgos.

Homogeneizar conceptos y lenguaje en valoración médica de la incapacidad laboral.

Unificar criterios no reproducir la variabilidad individual en la variabilidad institucional.

Compartir archivos, compartir información para una mejor gestión, realizar los apoyos normativos que faciliten su uso con la salvaguarda que se precisa. Compartir información, carga pormenorizada de archivos, conexión de archivos, evitar la infradeclaración, fomentar el cruce de datos y la revisión de las incidencias. Facilitar el retorno de la información y el flujo de la misma.

Concretar el mínimo de datos necesarios para la valoración.

Generar confianza, operar con respeto a las normas deontológicas, y decidir con conocimiento.

La **esencia de la IT es manejar la recuperación funcional** perdida hasta el retorno laboral cuestionar la **Incapacidad Temporal Parcial. Cuidando el reingreso y la adaptación y retorno parcial al trabajo. Evitando el presentismo.**

Deben de **conocerse los factores que influyen en la historia natural de la incapacidad laboral, investigando y analizando los determinantes** de las trayectorias de incapacidad temporal a incapacidad permanente.

Conocimiento real del problema, **con acceso a la historia clínica y a la historia laboral**, para proceder a un resultado eficaz del reconocimiento del paciente y su posible incapacidad.

Garantizar tanto el derecho a las prestaciones de la Seguridad Social como la garantía en la prevención de los riesgos laborales y la mejora de la salud de los trabajadores. En el ámbito de la enfermedad profesional confluyen aspectos económico prestacionales con otros de corte social, y preventivo, junto a implicaciones de responsabilidad empresarial.

Desarrollo del sistema de declaración de sospecha de Enfermedad Profesional, unificando procedimientos.

Homogeneizar en Enfermedad Profesional archivos y procedimientos de vigilancia de la salud ocupacional y mejora de sus sistemas de registro, evitando la infradeclaración.

Queda **mucho por hacer** en el abordaje de las **patologías no traumáticas como AT, incluyendo una recalificación de los procesos.**

Elaboración del Libro Blanco de la Enfermedad Profesional.

Como resultado de la valoración de la capacidad y la aptitud laboral de un trabajador podemos encontrarnos con **controversias surgidas de las diferentes entidades y normativas que regulan tales aspectos.**

Estas son las diversas situaciones que pueden darse a la hora de calificar a un paciente:

- NO INCAPACIDAD Y NO APTO
- INCAPACIDAD Y APTO (PROFESIONES ESPECÍFICAS)
- DISCAPACIDAD Y CAPACIDAD LABORAL
- NO CONCIENCIA DE ENFERMEDAD E INCAPACIDAD
- NO INCAPACIDAD VS RIESGO PARA SÍ MISMO Y/O TERCEROS

Estas controversias suscitan un debate intenso exponiendo las dificultades que existen para agotar y acabar con las mismas.

No Incapacidad y No Aptitud. Son situaciones de IT que concluyen con un Alta y al retorno al trabajo se valora como No Apto, dejando al trabajador en tierra de nadie, entre no poder prestar el trabajo y no tener cubierta esta incapacidad compensada con una prestación económica. En el caso del No Incapacidad No Apto se debe establecer una normativa de amparo de la situación. Y la creación de un procedimiento de arbitrio en el INSS.

Aptitud Laboral. No conciencia de enfermedad. Se trata de exponer esas situaciones controvertidas a las que asiste la inspección de trabajo en ocasiones, en que la empresa requiere actuación de la inspección de trabajo, por ver si la aptitud del trabajador es negligente o deficiente por “irresponsabilidad consciente” o se debe a enfermedad cuya sintomatología y expresión de disfunción hace que su rendimiento sea insuficiente.

Este mal rendimiento del trabajador, con faltas al trabajo, impuntualidad, ausencias, fallos en la realización del trabajo, causa de accidentes o incidentes a veces no es más que el reflejo de una situación presumiblemente incapacitante por enfermedad, y da lugar al inicio de expedientes de IP desde la inspección de trabajo, cuando no dar lugar al despido del trabajador de no mediar en esta situación.

Suelen ser procesos psiquiátricos, o toxicomanías, la más habitual situaciones de alcoholismo, o proceso neurológicos graves u otras dolencias que el trabajador oculta, por eso se dice No Conciencia de Enfermedad, puede ser un caso de disimulación que estén ocasionando aptitudes deficientes en el rendimiento laboral por causa de enfermedad. Son situaciones en que el trabajador oculta su enfermedad por la razón que fuere, es decir tiene el reconocimiento de Apto y sin embargo puede estar incapacitado, aunque él lo oculte, lo niegue o no lo acepte, es decir No Conciencia de Enfermedad.

Las situaciones de enfermedad Incapacidad y No Conciencia de Enfermedad (Aptitud) precisan de un tratamiento por la autoridad laboral que parece difícil en su adopción de inicio de oficio de expediente de IP, que tal vez precise de instrucciones normativas al respecto, que amparen y protejan situaciones que pueden conllevar despido del trabajador con o sin indemnización.

Discapacidad y Capacidad laboral. Se trata de exponer como la discapacidad no es óbice para la capacidad laboral efectiva si hay adecuación de los puestos, tal y como la CIF lo especifica y la LPRL lo establece.

Pero aún buscando la mayor integración del discapacitado, deben de tutelarse las medidas de vigilancia de la salud procurando adaptación del puesto y actividades a desarrollar no conciten un perjuicio para su salud, más en estos tiempos con acuciantes exigencias empresariales fruto de la crisis.

Las situaciones de Discapacidad Capacidad deben de evaluarse teniendo en cuenta que el umbral de la discapacidad a la incapacidad es menor al tener las capacidades

mergadas, por lo que la valoración de la incapacidad tendrá que tener en cuenta ello, y no menospreciar estas circunstancias.

Riesgo para sí mismo y/o terceros: Incapacidad y Apto (profesiones específicas).

A veces puede darse la situación paradójica de que un conductor profesional pasa a situación de incapacidad permanente para su trabajo habitual o peor si se considera es incapacitado absoluta y sorprendentemente mantiene en vigor la aptitud para el permiso de conducir, en actividad para la que se le ha incapacitado. En otras ocasiones puede suceder que un trabajador está siguiendo un tratamiento que conlleva concitar un riesgo para el manejo de vehículos como efecto secundario de la medicación o tiene una enfermedad que causa un deterioro de sensorio, facultades mentales, visuales, auditivas o de coordinación o con clínica de mareos o síncope u otras que concitan un riesgo alto caso de manejar vehículos, y sin embargo puede que pase el reconocimiento de aptitud, por disimulación o deficiente pericia.

Esta situación también sucede con trabajadores con uso de armas, y algunas otras especiales, buzos, pilotos, maquinistas de tren etc.

Las situaciones de incapacidad en conductores (o profesionales con manejo de armas) y mantenimiento del permiso reglamentario precisan de un procedimiento de contraste y de facilitar información.

Con una propuesta común: **debiera de instaurarse un procedimiento de arbitraje para todos estos supuestos y efectuar cambios legislativos.**

La controversia en la valoración de riesgos para si y para terceros, y las resoluciones judiciales de las controversias precisan de reformas legislativas tanto en cuanto a la concepción de la figura de la profesión habitual, como en lo referente a compatibilidad de trabajo y pensión, como en la valoración de profesiones especiales y la regulación normalizada y homogénea de la segunda actividad, entendiendo que el problema no está en la aplicación de la ley, que se hace con los criterios que cada caso merece o dictando sentencias aclaratorias en los supuestos de contradicción sino en la **legislación que necesita reformarse** si se pretende que el abigarrado conjunto normativo de la LGSS **se adapte a las circunstancias actuales y se convierta en un instrumento fácil de aplicación.**

CONCLUSIONES FINALES DEL CONGRESO

Todas las partes implicadas en la incapacidad, deben trabajar de forma coordinada y buscando de forma conjunta y unívoca el mejor fin que es proteger al trabajador que sufre una situación de incapacidad y velar por el correcto uso de esta prestación, que siendo una prestación económica, tiene la particularidad de que precisa de la información y control médico para su acceso y disfrute.

La integración de todos los interlocutores, la confianza, la homologación de procedimientos y compartir información médico laboral son la mejor vía para la más correcta y responsable manera de evaluar la incapacidad.

Es preciso unificar criterios en la evaluación médica que eviten la diversidad en la valoración de la capacidad/incapacidad laboral.

El abordaje conjunto, de cuantos agentes están involucrados en la valoración médica de la IT o la IP, desde los servicios de prevención, la medicina del trabajo, la medicina asistencial, los médicos de atención primaria y el entramado de agentes controladores tanto la inspección de los servicios públicos, como la inspección médica del INSS o la actividad médica de control desde las Mutuas, es el camino para la resolución de los problemas y la confluencia de acuerdos.

Hay que **potenciar el contacto y la relación, incluyendo el uso compartido de la información médica de los trabajadores del ámbito médico de seguridad social, mutuas y de inspección con el entorno asistencial y el preventivo laboral.**

Estos dos últimos, los **médicos del servicio público de salud y médicos del trabajo y vigilancia de la salud ajenos al ámbito de decisión** y con **información fragmentada y en compartimentos estancos**, lo que finalmente es causa de problemas para las entidades con ámbito competencial decisorio que deben manejar criterios clínicos, técnicos y laborales en la gestión de la incapacidad. La desinformación o la información incompleta hacen **disminuir la acción protectora** al propio trabajador que sufre la incapacidad necesitando prevención laboral.

Especial **desarrollo de medidas para potenciar vínculos, compartir información y las acciones de participación** de los dos extremos médicos del circuito de la IT su inicio desde el **médico de primaria con conocimiento directo del devenir clínico del paciente** y la vuelta al trabajo, recogida por el **médico del trabajo** en cargo de la **prevención** y la **vigilancia** de la salud, con una participación de este último más directa en el **ámbito de decisión al disponer de información completa** sobre el **trabajador y el puesto de trabajo** relevancia para la valoración de la capacidad/incapacidad laboral.

Este **afrontamiento integrador de la evaluación médica** de la **capacidad/incapacidad laboral** es la mejor forma de proceder desde la perspectiva de la **salud laboral integral**, tanto **preventiva** como **asistencial**, consiguiendo la **utilización correcta de los recursos sanitarios, el ajuste económico de las prestaciones y la mejora social de la acción protectora.**

Todas estas circunstancias pueden propiciar desajustes en el **adecuado uso de estas prestaciones** que se surten de **fondos públicos** y que un uso indebido puede poner en problemas su **sostenibilidad.**

Debe de implementarse una **mayor competencia del ámbito preventivo y medicina del trabajo en el ámbito decisorio.**

Sin menosprecio de la explotación de archivos sobre datos económicos que estas prestaciones causan, hay que **estudiar el fenómeno de la incapacidad por deterioro de la salud laboral con arreglos a valores multidisciplinarios tanto clínicos como laborales como económico-sanitarios de gestión.**

Es decir **conocer porqué se enferma y se incapacita, cómo afecta el mundo laboral al enfermar, y cómo podemos aprovechar mejor los recursos sanitarios y económicos para buscar la plena integración de los trabajadores.**

Deben de **analizarse los diversos factores que inciden y propician el inicio y la permanencia en IT**, así como el de **aquellos que facilitan y cuidan el retorno laboral**, para conocer el fenómeno complejo de la incapacidad laboral y poder adoptar las medidas de ajuste que adecuen las situaciones.

Sin olvidar necesitamos del **apoyo del sistema sanitario** para el **diagnóstico y adecuado tratamiento, tanto en tiempo como en forma**, evitando las listas de espera que consumen recursos directos e indirectos, empeoran el tiempo de recuperación y el pronóstico de los sucesos, y alargan las bajas laborales.

Compartir información y archivos con información sanitaria. Una visión de la capacidad/incapacidad no sólo prestacional sino preventivista.

La mejor de las conclusiones de este congreso, ha sido saber que **nos unen más cosas que nos separan en este universo médico diverso**, que procede **actuar conjuntamente**, para evitar la dispersión en las decisiones o la información en compartimentos estancos, en el interés por la **salud laboral del trabajador y el manejo responsable y con conocimiento de los recursos.**

Se hace imprescindible, como en cualquier área especializada de la medicina la **formación continuada** reglada en materia de medicina evaluadora, debe expandirse

para un mejor conocimiento de las capacidades y la praxis evaluadora, y se hace necesario **incentivar y fomentar la investigación** en esta materia para avanzar en el conocimiento y propiciar el desarrollo normalizado y protocolizado de medidas de mejora desde el conocimiento técnico médico laboral.

No puede efectuarse un buen reconocimiento de las situaciones de capacidad o incapacidad sin el debido conocimiento de las mismas y esto es válido para **compartir información médico laboral, para unificar procedimientos, para disponer de competencias eficaces y para dotar a los responsables en este cometido de medicina evaluadora de medios y formación continuada.**

La integración del ámbito sanitario, preventivo y de seguridad social precisa de un cambio estructural de las entidades de control, con reforma de su ámbito competencial y decisorio que armonice las actuaciones de las entidades implicadas con **determinación concreta de las diversas capacidades y responsabilidades** en la gestión y seguimiento de la IT de cada una de ellas, **delimitando las mismas y evitando el solapamiento o la confrontación** que los diversos **cambios normativos de los últimos años han podido dar lugar.**

Para esta **reestructuración** es necesaria una **reforma legislativa** en materia de incapacidad laboral en seguridad social que establezca **un nuevo marco normativo, coordinador de competencias**, que **actualice los conceptos**, que **elimine las controversias y conflictos existentes**, **tecnifique y adecue su acceso** y **modernice su gestión.**

Urge, por tanto la reforma legislativa integra en estas prestaciones de incapacidad laboral, ligadas a informe médico que adecue la gestión y los conceptos de la IT y de la IP a los nuevos escenarios del mercado del trabajo y el sistema sanitario y de protección de la salud de los trabajadores.

Sin olvidar que realizamos actos médicos, cada uno en nuestro ámbito de actuación, lo que es preciso conozcan no sólo los propios actores médicos, sino las instituciones implicadas, los poderes públicos, la sociedad y el ámbito de lo judicial.

II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social

Madrid 7 y 8 de noviembre de 2013

Acto de clausura

INTERVENCIÓN DEL SECRETARIO DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL TOMÁS BURGOS GALLEGO

Querido José Manuel Vicente Pardo, Presidente del II Congreso de Médicos Inspectores de la Seguridad Social.

Representantes de APROMESS, Asociación Profesional de Médicos Evaluadores de la Seguridad Social.

Subdirector General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS.

Señoras y señores.

Me van a permitir que inicie esta intervención destacando la enorme distinción que para mí supone formar parte del Comité de Honor de este II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social, cuya presidencia ostenta Su Majestad el Rey, y en el que figuran importantes personalidades.

Esas personalidades confieren a este Congreso una indudable relevancia, toda vez que expresan el reconocimiento y el apoyo de las más altas instituciones a la labor, dedicación y compromiso con el sistema público de Seguridad Social de ustedes como profesionales; a su papel fundamental en el desarrollo del cometido evaluador que el gran desarrollo y la incidencia social de nuestro sistema de prestaciones exige.

A ello debo añadir mi agradecimiento a los organizadores por la su amable invitación para que pueda dirigirme a todos ustedes en este acto de Clausura.

La celebración de este II Congreso ha puesto de manifiesto el interés y sensibilidad con la que el colectivo de Médicos Inspectores aborda la importante función que les corresponde dentro del sistema de Seguridad Social.

Un sistema que incluye un amplio marco de prestaciones dirigidas a dar cobertura a las múltiples contingencias que pueden producirse a lo largo de la vida de las personas.

Un sistema que cuenta con un abanico protector que va desde la cobertura de la maternidad y la paternidad hasta la jubilación, y en el que ocupa un papel preponderante la protección frente a la enfermedad y el accidente.

La Seguridad Social despliega hoy sus efectos sobre toda la sociedad y para ello ésta pone a su disposición un volumen de recursos crecientes. Un volumen de recursos que en 2014 alcanzará un presupuesto total consolidado de más 131.820 M€. Un gasto que crece en términos homogéneos un 4,1% respecto a 2013. Así 37,1 euros de cada 100 del presupuesto total del Gasto público de España es Gasto del subsector de la Seguridad Social.

Es con enorme diferencia la principal partida del presupuesto público.

En 2014 representará el 10,7% del PIB, seis décimas más que en este 2013.

Por tanto hoy la Seguridad Social y su sistema de pensiones y otras prestaciones es más Seguridad Social que nunca antes.

Estas cifras son suficientemente esclarecedoras de la dimensión de nuestra responsabilidad y del enorme caudal de confianza y recursos que son necesarios para sostener el sistema.

Mi primera idea hoy aquí es asegurarles, y asegurarme con ustedes, de la inequívoca apuesta de este Gobierno por el modelo público de Seguridad Social; por su defensa y fortalecimiento; por garantizar su continuidad en el tiempo.

Por asegurar su pervivencia a través de momentos complicados y aprovechar su capacidad continua de adaptación con un único objetivo: reforzar el modelo público de reparto, contributivo, de equidad intra e intergeneracional.

Es cierto que hay otras opciones y que es bueno atender a lo que se hace en otros lugares o en otros ámbitos. Pero nuestro sistema seguirá siendo seguro, estable, solvente y fuerte porque así lo quieren los ciudadanos, porque así lo entendemos quienes estamos hoy al frente de la Seguridad Social y porque así lo hemos comprometido.

Y hemos trabajado con intensidad estos dos años para hacerlo, cada día, más apto para ofrecer mayores cotas de cobertura y protección. Para mejorar su gestión, para dotarlo de más capacidades; de más fortaleza.

Hoy el sistema utiliza más recursos, representa más porcentaje de nuestra riqueza nacional, de nuestro gasto público, de nuestro presupuesto estatal y llega a más ciudadanos. Y genera más prestaciones.

La voluntad política puede impulsar la gestión de los recursos existentes, pero no puede sustituirlos ni alumbrarlos mágicamente.

Toda la sociedad está haciendo importantes esfuerzos en estos momentos.

Ese esfuerzo tenemos que devolverlo en forma de mejora continua, eficiencia y garantía del aprovechamiento óptimo de cada euro de recursos de los que dispone el sistema.

Hemos abierto el sistema a muchas reformas. Y lo vamos a seguir haciendo en todos los órdenes.

Porque tenemos que cumplir un doble objetivo:

— Ganar en eficiencia, en resultados, para hacer el mejor uso posible de los recursos que, en forma de servicios y prestaciones, la Seguridad Social tiene la encomienda social de gestionar. Retornar a la sociedad con creces ese gran esfuerzo que, en forma de aportaciones, contribuciones, cotizaciones, etc, hacen los trabajadores y las empresas, los ciudadanos, para dotarse del mejor nivel de protección posible.

Hacer visible el valor esencial de estabilidad, tranquilidad y seguridad para hoy y para el mañana, que representa la Seguridad Social española.

Esa conciencia colectiva e individual de seguridad, de apoyo, de respaldo, frente a las numerosas contingencias y vicisitudes que se dan en nuestras vidas, o que pueden darse.

Reforzar esa confianza de que el sistema está ahí, de que es un instrumento que vendrá en mi apoyo cuando lo necesite (y que está presente mucho antes incluso de que se produzca una contingencia) forma parte de nuestro sentir colectivo; de nuestra conciencia social, de nuestra forma de entender la convivencia y la cohesión social en España.

— Y el otro objetivo básico es reforzar una Seguridad Social consciente de sus responsabilidades y celosa de garantizar la equidad y el uso adecuado de sus recursos.

Y eso significa ser muy exigentes en la lucha contra el fraude o el uso indebido de las prestaciones, porque eso es una exigencia de legitimidad para el sistema.

El sistema necesita hacer frente a necesidades económicas precisas. Pero el sistema será sostenible, en primer lugar, si todos adquirimos una conciencia personal y colectiva de que nuestra Seguridad social, sus prestaciones y niveles

de cobertura, constituyen un bien jurídico protegible como pocos, y de que merece el mayor reproche (no solo social, sino si es menester, penal) cualquier actuación ilícita o irregular que suponga menoscabo del esfuerzo importante que hacen muchos ciudadanos por dotar, con sus contribuciones y cotizaciones, los recursos necesarios para que el sistema atienda sus obligaciones y compromisos, que son muchos.

No son aceptables conductas que tiendan a subvertir los principios de solidaridad y de contributividad en que se apoya nuestro sistema.

Hoy tenemos más instrumentos legales, administrativos, de coordinación, en esta tarea.

Tenemos que extremar el seguimiento y control de los procesos que derivan en prestaciones del sistema. Y ello no debe movernos a reticencias o ambigüedades.

El sistema debe proteger a quien lo necesita, en la medida en que lo necesita, y de la mejor manera que seamos capaces de articular con los recursos a nuestro alcance.

Estamos decididos a impulsar medidas de control de prestaciones en el ámbito de la Seguridad Social, en defensa de quien de verdad las necesita; en defensa de quienes actúan responsable y cívicamente contribuyendo con esfuerzo indudable a sostener el sistema, que exigen rigor y seriedad; en defensa, en fin, del propio sistema, que ha de mejorar sus instrumentos para hacerse más justo, solidario y equitativo. Por ello, tenemos que actuar en todos los niveles y en todas las prestaciones.

En el marco del Plan Nacional de Reformas de 2012 se incluyó como una de las medidas más importantes el Plan de lucha contra el fraude en materia de Seguridad Social.

Allí se estableció como objetivo reforzar el cumplimiento de las obligaciones de trabajadores y empresarios para impulsar el afloramiento de la economía sumergida, evitar el cobro indebido de prestaciones y subsidios, con el consiguiente efecto de desestabilización del sistema de protección social y controlar la actividad de los trabajadores extranjeros sin permiso de trabajo y, en ocasiones, sometidos a condiciones de trabajo inaceptables.

Ese Plan se ha desplegado con numerosas iniciativas de mejora.

En el terreno propio del INSS se ha trazado un conjunto de actuaciones destinado al seguimiento, evaluación y control del conjunto de prestaciones que ofrece el sistema, de forma sistemática y continuada.

Y en ese orden la gestión de las prestaciones de incapacidad laboral de la Seguridad Social ligadas a valoración médica, desempeña un papel esencial.

Las contingencias de enfermedad y accidente son piezas clave. A diferencia de otras, éstas pueden producirse en cualquier momento y dan origen a concretas y especiales necesidades. Por ello, la Seguridad Social ha de estar preparada para ofrecer una respuesta adecuada a través de las correspondientes prestaciones.

Si a esto unimos el carácter eminentemente profesional que posee nuestro sistema protector, cuyos principales destinatarios son los trabajadores, obtendremos una visión aún más clara y ajustada de la trascendencia y complejidad que puede llegar a tener la cobertura de la enfermedad y el accidente.

Trascendencia, porque su acaecimiento puede originar una incapacidad para el trabajo o, incluso, el fallecimiento, privando al afectado o a su familia de las rentas derivadas del desempeño profesional, lo que obliga a contar con un cuadro adecuado de prestaciones sustitutivas del salario.

Pero también complejidad, ya que resulta necesario discernir con claridad el carácter común o profesional del accidente o la enfermedad y establecer de forma ajustada las

consecuencias que tienen para el desempeño de la actividad, así como el carácter temporal o definitivo de sus secuelas.

Queda, pues, en evidencia la enorme importancia que posee la valoración de la capacidad e incapacidad laboral en el ámbito de la Seguridad Social, y el papel determinante que en este contexto ocupa la medicina evaluadora.

La medicina evaluadora es una rama del conocimiento médico dirigida al estudio de las diferentes enfermedades o trastornos que padece una persona, con objeto de verificar su repercusión sobre los diferentes aspectos de la vida de los afectados y de su relación con el entorno social.

Y esa rama, aplicada al ámbito de las incapacidades laborales, se encarga de dilucidar la repercusión del cuadro clínico del trabajador sobre su capacidad funcional, determinando las limitaciones y secuelas que se originan y la existencia o no de algún tipo de incapacidad laboral.

De dicha verificación se derivan consecuencias de gran alcance en el ámbito profesional y el económico, pues de ella dependen, tanto el mantenimiento o salida de los trabajadores afectados del mercado laboral, como el reconocimiento de los correspondientes subsidios o pensiones, con el gasto que ello origina en materia de Seguridad Social.

Un gasto nada despreciable que acapara una notable cantidad de recursos que es necesario administrar de forma eficiente para atender a las situaciones de necesidad que se producen.

Resulta por todo ello esencial contar con un cuadro de profesionales en el área de la evaluación dotado, no solo de la cualificación necesaria para desempeñar con eficacia esa importante función, sino también de interés y sensibilidad para que ese desempeño se realice en condiciones óptimas.

Pues bien, tanto lo uno como lo otro ha quedado claramente puesto en evidencia a través de la celebración de este II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social.

Resulta de todo punto recalable la densidad de materias que se han tratado; la enorme diversidad de cuestiones planteadas; el potente acervo de reflexiones y a buen seguro propuestas que han surgido de los trabajos en este Congreso.

Creo que los organizadores han desplegado un extraordinario esfuerzo para establecer y conseguir una cuidada selección de su contenido y de los participantes, lo que ha permitido llevar a cabo un análisis global de las diferentes cuestiones que afectan a la valoración médica de la capacidad e incapacidad laboral, de la mano de destacados expertos de las diversas áreas que afectan al tema.

Ha habido ocasión de abordar la gestión y control de la incapacidad temporal y la repercusión de esta contingencia, así como la valoración de los requerimientos y capacidades profesionales para el desempeño de las diferentes actividades.

También, se ha prestado atención a la siempre importante relación entre la medicina evaluadora y la medicina laboral y a la adecuada valoración de las contingencias profesionales, con especial atención a la enfermedad profesional.

Y ello, desde una perspectiva multidisciplinar, que se ha visto enriquecida con la participación de médicos y de otros expertos del área de la gestión pública, tanto a nivel nacional como autonómico, de las Mutuas y del mundo del estudio y la investigación.

Insisto. Estoy seguro de que todas las conclusiones obtenidas en estos dos días serán de gran utilidad en el ámbito de la valoración y gestión de las incapacidades laborales, con gran trascendencia para la Seguridad Social. Pues nuestro sistema protector ha de garantizar que cumple adecuadamente los objetivos para los que ha sido creado.

Y, entre esos objetivos, ocupa un papel destacado asegurar la protección a quienes se encuentren en una situación efectiva de incapacidad, ya sea temporal o definitiva, a través del reconocimiento de las correspondientes prestaciones.

Son muy de destacar las reformas introducidas a partir de mediados de la década de los noventa en el ámbito de la gestión, valoración y control de las incapacidades, con especial incidencia en la incapacidad temporal.

Y es que, a diferencia de lo que ocurre con resto de contingencias, cuyo acaecimiento resulta más sencillo de objetivar, en el ámbito de las incapacidades se dan situaciones mucho más complejas de determinar, tanto en su alcance inicial como en sus consecuencias posteriores.

Dichas circunstancias, unidas a la cambiante realidad en la que nos desenvolvemos y a la evolución de las necesidades sociales y de los condicionantes económicos, obligan a una permanente labor de adaptación de los mecanismos de gestión en el ámbito de las incapacidades laborales.

En estos mecanismos se implican diferentes actores, cuya actuación es necesario perfilar más adecuadamente en aras de un más eficaz cumplimiento de la meta de garantizar el bienestar físico y económico de los trabajadores afectados.

Precisamente por esto consideramos conveniente que los Servicios Públicos de Salud centren su actuación en el tratamiento de las dolencias de los interesados y en la recuperación de su salud, dejando un mayor margen de actuación a la Seguridad Social en materia de control de la incapacidad temporal.

En consecuencia, se ha procedido a mejorar los procedimientos aplicables, los cuales, en coherencia con la naturaleza de la protección dispensada, han ido otorgando un protagonismo creciente a los facultativos de la Seguridad Social.

Sin descuidar, claro está, la necesaria coordinación con los médicos de los Servicios Públicos de Salud, cuya colaboración sigue resultando esencial.

Un paso adicional en la línea marcada ha sido el reforzamiento de la presencia de los médicos de la Seguridad Social en el control de las incapacidades que alcanzan los 365 días, así como en los supuestos de recaídas, donde se concentra una singular problemática, que resulta necesario controlar adecuadamente.

A ello se ha añadido la ampliación de las competencias de dichos facultativos en el ámbito de las incapacidades de menor duración, con igual incidencia en el área de las recaídas.

Todo ello, por supuesto, con las máximas garantías, al contar lo interesados con sus correspondientes procedimientos de revisión.

Así, las altas emitidas una vez agotados los primeros 365 días de incapacidad temporal o las altas emitidas por las Mutuas en los procesos derivados de contingencias profesionales, cuentan con mecanismos rápidos y ágiles para resolver las discrepancias que puedan producirse.

Estamos adaptando permanentemente el marco de cobertura de los trabajadores, cuyo buen fin es necesario garantizar en todo momento.

Estamos dando, y daremos, nuevos pasos en esa dirección.

Prueba de ello se encuentra en las novedades que se incluyen en el Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014, en materia de gestión y valoración de incapacidades:

- En primer lugar, se va a regular con mayor claridad la definición legal de la colaboración obligatoria de las empresas en el abono del subsidio de incapacidad temporal, que constituye un elemento clave en la gestión de esta prestación.

El objetivo es reforzar el adecuado cumplimiento de las obligaciones que competen a las empresas en cuanto a las comunicaciones que han de realizar y los datos que deben facilitar, que constituyen medios imprescindibles para poder realizar un seguimiento y control eficaz de los procesos de incapacidad temporal.

— En segundo lugar, se introducen modificaciones puntuales en la regulación de la duración y la extinción de la incapacidad temporal, mediante las que se aclaran determinados supuestos del régimen de las prestaciones y se adaptan aspectos que en el pasado han podido generar dudas.

— En tercer lugar, se realiza una matización de las consecuencias que puede producir la incomparecencia a las convocatorias para examen y reconocimiento médico del trabajador en situación de incapacidad temporal.

Ello, desde una perspectiva garantista, ya que, frente a la opción de extinción del subsidio, se contempla el paso intermedio de su suspensión cautelar, en tanto se acredita la causa de la incomparecencia.

— Finalmente, y por lo que respecta a la incapacidad permanente, se elimina de su concepto la necesidad de que se haya producido alta médica para proceder a calificar dicha situación.

Y, avanzando en otros aspectos relacionados con la incapacidad laboral, también hay que destacar los trabajos dirigidos a la elaboración de un proyecto normativo que contempla importantes novedades formales en materia de control de la incapacidad temporal, al que concedemos mucha importancia.

La idea es personalizar los requerimientos de verificación y control de la incapacidad temporal en función de las distintas circunstancias que puedan darse y de la probable duración que en función de los mismos se prevea vaya a tener la situación de baja.

Se parte, para ello, de la constatación de que una misma patología puede dar lugar a duraciones diferentes de los procesos de incapacidad temporal en trabajadores con edades distintas y que realicen diferentes actividades profesionales.

Será posible, de esta forma, eliminar trabas burocráticas y agilizar los procesos, sin merma de las garantías necesarias para un adecuado control de la incapacidad temporal.

Va a lograrse, en definitiva, una agilización en el trámite de una serie de procesos masivos que redundará en ventajas múltiples para todos sus protagonistas, sin poner en peligro, en ningún caso, la eficacia de los instrumentos de garantía del buen fin de la prestación por incapacidad temporal.

Se avanzará, así, en línea con la celebración de convenios de colaboración entre el Ministerio de Empleo y Seguridad Social y las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, para el proceso de control de la incapacidad temporal en el período 2013 – 2016.

Entre las mejoras que ya se están percibiendo en aplicación de esos convenios, los Médicos Inspectores de la Seguridad Social puedan acceder por vía electrónica desde su puesto de trabajo a los historiales clínicos de los trabajadores.

Consecuentemente, el trabajador se libera de la necesidad de aportar informes o pruebas complementarias que ya constan en su expediente, y el médico inspector evita tener que realizar citaciones innecesarias cuando con la información de la historia clínica estime suficientemente justificada la situación de baja laboral, sin que haga falta un reconocimiento médico.

En resumen, se evitan duplicidades y se aumenta la calidad y la eficiencia del trabajo realizado.

A ello hay que unir la promoción de actividades a realizar por los Servicios Autonómicos de Salud directamente relacionadas con la racionalización de las prestaciones económicas referentes a la incapacidad temporal y la medición de la evolución de los

parámetros objetivos de control de las mismas: incidencia, prevalencia, días de baja y coste por afiliado, etc.

Desde que existen estos convenios las arcas públicas acumulan un ahorro en prestaciones por incapacidad temporal de unos 2.000 millones de euros.

Para este 2013 esperamos un ahorro importante. Frente a un aumento del gasto inicialmente previsto de 470 millones, el avance de liquidación del presente ejercicio estima una caída del coste de estas prestaciones de 331 millones. Esto supondrá un ahorro de 800 millones respecto a lo presupuestado para 2013 en un principio.

En 2014 nuestra previsión de gasto en incapacidad temporal es de 4.878,37 millones de euros, sobre el presupuesto inicial de 2013 supone una reducción del -16,3%. Con independencia de los datos fríos, lo que se evidencia es un notable esfuerzo de minoración de gasto, sin merma de la necesaria calidad de los procesos de valoración y el total respeto a los derechos de los trabajadores inmersos en algún problema de salud.

De lo que se trata es de trabajar codo con codo con los Servicios Públicos de Salud, de manera que sea posible complementar el entorno competencial que corresponde a cada Administración mediante un marco de colaboración cada vez más estrecho y mutuamente enriquecedor.

Los datos que conocemos nos hablan de reducción en el número medio de días de baja por enfermedad común a 35,5 días, dos menos que en 2007, y de reducción a 19,8 procesos de baja por cada 1.000 empleados protegidos por esta prestación, lo que supone diez trabajadores menos de baja por cada millar.

Ciertamente, este descenso en el número medio de trabajadores a los que se les da de baja está condicionado por la caída del empleo. Pero también, y eso es indudable, por el esfuerzo y el particular empeño que lidera la Seguridad Social para mejorar la gestión de la incapacidad temporal.

En ese contexto, merece la pena destacar una circunstancia muy especial y que da una idea de la calidad que han alcanzado las unidades médicas del INSS.

Es el hecho de que dichas unidades se han convertido en referencia nacional para la formación en incapacidad laboral de la especialidad de medicina familiar y comunitaria.

Un objetivo que contó en todo momento con nuestro respaldo, y que se ha convertido en realidad.

Y ello se traduce en que buena parte de los médicos internos residentes de cuarto año de esta especialidad realizan estancias en las citadas unidades médicas y obtienen una formación reglada de gran utilidad en la materia, ya que son los facultativos que inician los procesos de incapacidad temporal.

Se trata de un objetivo estratégico que se une a los ya antes citados, y con los que se va dando forma a una intensa y permanente labor en la dirección de perfeccionar los instrumentos normativos y técnicos necesarios para que cristalice ese entorno de gestión de las incapacidades temporales más moderno y eficaz al que todos aspiramos.

Un entorno de gestión moderno y eficaz que, pese a todo esto, no podría fructificar adecuadamente si no contáramos con la aportación de trabajo y compromiso de los Inspectores Médicos.

En efecto, su papel es esencial para la calificación de las incapacidades permanentes y para la valoración del mantenimiento de las situaciones de incapacidad temporal, con las importantes consecuencias económicas y laborales que se desprenden de ello.

El sistema cuenta hoy con 9.109.706 pensiones, de las que una parte muy relevante lo son de incapacidad permanente (932.245), que llamativamente, después de años de incrementos anuales, a mes de octubre presenta una tasa interanual de -1,0%.

No solo son importantes, como vemos, por su volumen desde el punto de vista cuantitativo, sino por el notable coste que generan al sistema. Para el año 2014 el gasto en incapacidad permanente superará los 11.936 millones de euros (el 10,6% del total), con un incremento del 1,4% respecto a la previsión de liquidación de este año.

Estamos pues ante unas prestaciones que exigen una capacidad de evaluación, una precisión técnica y una constante actualización de conocimientos, recursos y capacidades, a todo lo cual el sistema tiene que hacer frente en un contexto evidente de restricciones económicas.

Me consta que en este contexto, aun difícil y complejo, los Médicos Inspectores cumplen su labor con un quehacer cotidiano que tiene mucho de vocacional y de compromiso con el servicio público.

Y es que su implicación con una labor que permite garantizar una adecuada y eficaz protección ante las incapacidades laborales, exige un esfuerzo que, en buena medida, solo resulta posible asumir desde la íntima convicción que da una llamada vocacional.

Desde que en 1995 el Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, procedió a unificar en el ámbito de la responsabilidad del INSS el conjunto de competencias que en materia de incapacidades laborales se venían desarrollando por diversos organismos, se ha avanzado de forma importante.

Con la creación de los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) en el INSS presentes en todo el territorio nacional con la excepción de las cuatro provincias de Cataluña.

Con la creación de las Unidades Médicas en 48 direcciones provinciales.

Con la creación, en 1996, de la propia Subdirección de Coordinación de Unidades Médicas, que vincula la estrecha relación que tiene que existir entre esas Unidades y las necesidades de gestión del INSS y de toda la Seguridad Social.

Con las sucesivas reformas normativas que atribuyeron al INSS nuevas competencias en materia de incapacidad temporal, las cuales requirieron un aumento del número de facultativos.

Un plantel de profesionales de enorme relevancia, a los que tenemos que hacer aun más visibles, ya que la sociedad desconoce en gran medida la labor que desempeñan.

Un colectivo clave para otorgarle al sistema profesionalidad, objetividad y sensibilidad, ya que las materias de las que se ocupan tienen una indudable trascendencia social.

Y su trabajo y la adecuada percepción de su trabajo, son piezas esenciales de la imagen y consideración que la Seguridad Social debe tener y seguir teniendo en el conjunto de los ciudadanos.

Quiero reconocer ese esfuerzo; el esfuerzo que despliegan para garantizar que los recursos de que dispone el sistema vayan siempre dirigidos a los fines protectores para los que han sido previstos.

Eso supone un claro compromiso con el servicio público y todo lo que representa, un compromiso es un valor muy importante de nuestra Seguridad Social.

Una Seguridad Social que nos garantiza que, aunque no lo necesitésemos nunca (cosa harto difícil), sabemos que está ahí, lo que imprime un valor esencial de estabilidad, tranquilidad y seguridad para hoy y para el mañana.

Todo lo que hagamos debe ir destinado a preservar esa idea.

La Seguridad Social no se basa tan solo en una gestión eficaz de unos recursos sociales para afrontar unos objetivos determinados, aunque eso es absolutamente fundamental.

Se basa en la absoluta certeza de que estará ahí cuando sea necesaria.

Son ustedes los máximos responsables de una parte de la gestión, cercana y sensible, a los ciudadanos, muy próxima y comprometida con la realidad cotidiana de la gente.

Una gestión que es mucho más que la administración ordenada y eficiente de unos recursos y que nos da la imagen de una institución con indudable capacidad de adaptación a una sociedad en constante cambio.

Por ello, la Seguridad Social es una marca corporativa de indudable solidez y prestigio. Una marca en la que ustedes colaboran para que, día a día gane más consideración y afecto entre los ciudadanos.

Es ese un camino en el que tenemos mucho por recorrer juntos.

Estamos para ello en contacto con los profesionales y sus asociaciones, valorando sus propuestas y preparando nuevas reformas, que queremos acordar con ellos.

En ese contexto, me congratula además que este Congreso se haya realizado (y fue la primera solicitud que se valoró y aprobó) al amparo del nuevo marco de colaboración entre la Secretaría de Estado y las asociaciones de los diferentes cuerpos profesionales de la Seguridad Social, concretado en un convenio entre APROMESS y el INSS, que desarrolla la Resolución de este Secretario de Estado, aprobada este año, y que busca precisamente incentivar estas actividades y desarrollarlas con el máximo nivel de cooperación, en beneficio del sistema y de toda la sociedad.

También quiero saludar la presentación pública en este Congreso de la Sociedad Científica Española de Medicina Evaluadora en el ámbito de la Seguridad Social (SOCEMESS), que, estoy convencido supone un paso muy importante en la mejora de la calidad de la valoración médica, el desarrollo profesional y la propia difusión de esta especialidad en el futuro. Mis mejores deseos para ello.

Con todo lo que acabo de contar, se pone de manifiesto la profesionalidad, interés y afán de superación de un importante colectivo de profesionales.

Por ello les doy las gracias y les animo a continuar trabajando con el tesón, la profesionalidad y el afán de superación que han demostrado hasta ahora.

Un agradecimiento que hago extensivo a los médicos de los Servicios Públicos de Salud y de las Mutuas con funciones relacionadas con la medicina evaluadora, que igualmente se han encontrado representados en esta reunión.

Ellos también desempeñan importantes funciones en el ámbito de la cobertura de las incapacidades laborales y coadyuvan en el afianzamiento de ese trabajo bien hecho que identifica a los profesionales de la medicina evaluadora.

Una identificación que ha quedado reforzada con la celebración de este II Congreso, que ha dado la oportunidad de actualizar contactos y cuyas conclusiones, estoy seguro, van a servir como importante referente de futuro para el mejor desarrollo de una adecuada protección de las incapacidades laborales.

Desde esa convicción, les envío a todos un cordial saludo, reitero mi agradecimiento a los organizadores del Congreso, en la seguridad de que pronto comenzará a gestarse el siguiente, y les traslado mi felicitación por el innegable éxito del mismo.

Y con ello declaro clausurado este II Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social.

Muchas gracias.

Tomás Burgos Gallego

*Secretario de Estado de la Seguridad Social
Ministerio de Empleo y Seguridad Social*